

Aus: UNIVERSITÄTSFRAUENKLINIK DES KLINIKUM CHARLOTTENBURG
Direktor: Prof. Dr. Herbert Lax

Die Relevanz psychosozialer Faktoren für die Schwangerschaft und die perinatale Periode bei ledigen und geschiedenen Müttern.

**Ein klinischer Beitrag zur Sozialmedizin und Psychosomatik
in der Geburtshilfe.**

Inaugural - Dissertation
zur
Erlangung der medizinischen Doktorwürde
an den medizinischen Fachbereichen
der Freien Universität Berlin

—

vorgelegt von
Ortrud Heinrichs
Köln

1977

—

Aus: UNIVERSITÄTSFRAUENKLINIK DES KLINIKUM CHARLOTTENBURG

Direktor: Prof. Dr. Herbert Lax

Die Relevanz psychosozialer Faktoren für die Schwangerschaft und die perinatale Periode bei ledigen und geschiedenen Müttern.

Ein klinischer Beitrag zur Sozialmedizin und Psychosomatik in der Geburtshilfe.

Inaugural - Dissertation
zur
Erlangung der medizinischen Doktorwürde
an den medizinischen Fachbereichen
der Freien Universität Berlin

vorgelegt von
Ortrud Heinrichs
Köln

Referent: Prof. Dr. Hartmut Hoffbauer.....
Koreferent: Prof. Dr. H. Paul.....



Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fachbereiche
der Freien Universität Berlin

Promoviert am: ...1. September 1977.....

Meinem Mann Wolfgang



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549022_0035

Inhaltsverzeichnis:

Seite

Teil A

1. Vorwort.....	1
2. Einleitung und Literaturübersicht.....	2
a) Die Säuglingssterblichkeit und ihre an- erkannten Ursachen.....	2
b) Die Übersterblichkeit der nichtehelich geborenen Säuglinge.....	3
c) Begründungsstrukturen der Diskrepanz in der Sterblichkeit ehelicher und nicht- ehelicher Säuglinge.....	5
d) Die Psychosomatik der Schwangerschaft und der Geburt.....	9
e) Zusammenfassung der Literaturergebnisse....	13
f) Ziel der Arbeit.....	14
3. Arbeitshypothesen.....	15

Teil BKollektive und Methoden

1. Kollektive.....	16
2. Die Fragebögen.....	18
3. Technischer Vorgang der Auswertung.....	21

Teil CErgebnisse

1. Alter, Parität und soziale Schicht.....	25
a) Alter und Parität.....	25
b) Die soziale Schicht.....	26
2. Ergebnisse des Vergleichs.....	27
a) Medizinische Daten der Mütter.....	27
b) Medizinische Daten der Kinder.....	34
c) Daten über das psychische Befinden der Mütter während der Schwangerschaft und Entbindung.....	36

d) Die sozialen und psycho-sozialen Daten der Mütter.....	42
e) Ergebnisse des FPI (Freiburger Persön- lichkeitsinventar).....	51
3. Ergebnisse des Vergleichs der Daten lediger alleinstehender Mütter mit nichtallein- stehenden Mütter.....	54
4. Ergebnisse von drei Korrelationsanalysen.....	58
a) Korrelation zwischen subjektiv geäußerter Einstellung zur Schwangerschaft und medi- zinischen Auffälligkeiten.....	58
b) Korrelation zwischen den Skalen des FPI und medizinischen Auffälligkeiten.....	59
c) Korrelation zwischen den sozialen Schichten und den medizinischen Auffälligkeiten bei ledigen und verheirateten Müttern.....	60

Teil D

Diskussion

1. Die medizinische Situation.....	63
2. Die psychische Situation.....	66
Fallbeispiel: Mangel an Zärtlichkeit.....	68
Fallbeispiel: Ersatz für Partner.....	70
3. Die psychosoziale Situation.....	72
Fallbeispiel: Nur noch eine Möglichkeit - Adoption.....	75
4. Die soziale Situation.....	78
Fallbeispiel: Neue Lebensform.....	81
5. Zusammenfassung der Ergebnisse.....	84

Teil D

Schlußbemerkung

1. Das Ziel der Untersuchung - Erreichtes und Nichterreichtes.....	86
2. Vorstellungen über eine Verbesserung der Situation lediger Schwangerer und Mütter.....	87
Literaturverzeichnis.....	89
Anhang.....	93

1. Vorwort

Der "Sozialstreß" wird zur Zeit in Publikationen der wissenschaftlichen und populären Medizin als Grund der hohen Frühgeburten- und Säuglingssterblichkeitsrate nicht ehelich geborener Kinder angesehen.

Diese Arbeit versucht, den Begriff mit empirischem Material zu erklären und Kausalitäten dieser Pathogenese abzuleiten. So ist es verständlich, daß außer der medizinischen Exploration eine psychosoziale und sozialmedizinische durchgeführt werden mußten.

Die Notwendigkeit, die Situation der ledigen Mütter zu verbessern, wird offensichtlich. Vorstellungen zur Lösung des Problems werden beschrieben.

Ich danke Herrn Prof. Dr. H. Hoffbauer für die Überlassung des Themas.

Herrn Dr. P. Diederichs danke ich für die wissenschaftliche Unterstützung auf dem Gebiet der Psychologie und der Psychosomatik.

Die Anregungen von Seiten der Sozialarbeiterin Frau A. Reinecke haben mir die Erstellung der Fragebögen und den Kontakt zu den Müttern sehr erleichtert.

Ich danke Herrn Diplom-Physiker Pachaly für die Hilfe und die Leitung in der statistischen Auswertung.

Ich danke den Frauen, die durch ihre kritische und interessierte Fragestellung auf die Unzahl der Probleme ihrer Situation hingewiesen haben.

2. Einleitung und Literaturübersicht

a) Die Säuglingssterblichkeit und ihre anerkannten Ursachen

Veröffentlichungen auf dem Gebiet der perinatalen Medizin behandeln immer wieder das Problem der Säuglingssterblichkeit. Dieser Diskussionsschwerpunkt ist insofern verständlich, als die Säuglingssterblichkeitsziffer als Indikator einer gut funktionierenden Präventivmedizin gilt. Deshalb werden diese Ziffern (x) im internationalen, besonders im europäischen Rahmen miteinander verglichen. In dem Vergleich zeigt sich bekannterweise daß die BRD von 25 europäischen Ländern an 12. Stelle steht (1971 23,1) hinter England und der DDR (18,0), der Schweiz (14,4), Dänemark (14,2) und insbesondere Schweden (11,1). Auch außereuropäische Staaten wie die USA, Japan und die UdSSR liegen unterhalb der Sterblichkeitsziffer der BRD (1, S. 9). Wenn auch immer versucht wird, den Vergleich mit der beruhigenden Begründung zu unterlaufen, daß die Definition von Tot- und Lebendgeburten (xx) nicht international einheitlich verwendet wird und so die Höhe der Säuglingssterblichkeit beeinflußt wird, so zeigt gerade der Perinatale Kongress von 1973, daß nach Berücksichtigung der Definitionsunterschiede dennoch die BRD statistisch an einem schlechten Platz steht. Eine Irrtumsrate von $\pm 5 - 15 \%$ bewirkt höchstens eine Reduzierung von 3,45, d.h. von 23,1 auf 19,65 Gestorbene auf 1000 Lebendgeburten (2, S. 11). Bei weiterer Betrachtung der Säuglingssterblichkeitsziffer stellt sich heraus, daß 65 % der verstorbenen Neuge-

(x) Säuglingssterblichkeitsziffer: die im ersten Lebensjahr gestorbenen auf 1000 Lebendgeburten.

(xx) Unterschiedliche Definitionen der Lebendgeburt:
Österreich: Als lebend geboren gilt ein Kind, bei dem eine natürliche Lungenatmung eingesetzt hat. In der Schweiz..., das atmet oder mindestens Herzschläge aufweist. In der BRD..., das atmet, Herzschläge aufweist oder auch Nabelpulsationen zeigt. (BGBl I S. 1139, § 29, (1)) So werden in Österreich und in der Schweiz weniger Lebendgeborene registriert als in der BRD.

borenen die 1. Lebenswoche nicht überlebt haben und so die Frühsterblichkeit heute das eigentliche Problem darstellt. Diese steht in enger Beziehung mit der Frühgeburt: 1972 hatten 62 % aller gestorbenen Säuglinge ein Geburtsgewicht von weniger als 2500 g (1, S. 9).

Diese statistischen Daten veranschaulichen, warum sich im Bereich der perinatalen Medizin das Interesse an den ursächlichen Faktoren der Frühgeburtlichkeit erhöht. Die medizinischen Faktoren, wie EPH-Gestosen, Hyperemesis, Blutungen, infektiöse Erkrankungen während der Schwangerschaft, mütterliche Mangelernährung, uterine Mißbildungen und Cervixinsuffizienz sind allgemein anerkannt und unbezweifelt (3, S. 335, 4, S. 285, 10, S. 519). Auch allgemeine Faktoren wie das Alter und die Parität sind weitgehend erforscht.

b) Die Übersterblichkeit der nicht ehelich geborenen Säuglinge

Dennoch findet sich eine Gruppe von Frauen, die eine stark erhöhte Frühgeburtlichkeit aufweist, ohne daß sich ein gemeinsamer Risikofaktor innerhalb des Kollektivs demonstrieren läßt: die ledigen Mütter mit ihren nicht-ehelich geborenen Kindern.

Statistisch ist diese Tatsache schon lange bekannt und viele Wissenschaftler und Praktiker klagen über die mangelnden Untersuchungen und präventiven Maßnahmen auf diesem Gebiet. Auf dem Totenschein gestorbener Säuglinge wird die Angabe über die Ehelichkeit bzw. Nichtehelichkeit des Kindes verlangt (1, S. 35), woraus folgende Kenntnis gewonnen werden konnte: 1972 war in der BRD die Säuglingssterblichkeitsziffer für nichteheliche Säuglinge 37,6 (21,5 bei ehelichen), davon hatten 70 % nicht ein Geburtsgewicht von über 2500 g erreicht (1, S. 8). A. Bolte und U. Küpper (5, S. 331) haben in ihrer Studie

über perinatale Mortalität (x) an der Kölner Klinik für die Zeit von 1955 bis 1966 festgestellt: "21 % der Neugeborenen des Verstorbenenkollektivs wurden unehelich geboren, die Gesamtzahl unehelich geborener Kinder betrug 15,8 %. Die prozentuale Mortalität lag mit 8,9 % jedoch wesentlich über der ehelich geborener Kinder mit 5,4 %."

H. Harmsen und F. Franke weisen neben der doppelt so hohen Säuglingssterblichkeit bei nichtehelichen Kindern noch auf die erhöhte Totgeburtenrate (xx) bei diesen Müttern hin, die 1965 18,9 bei den nichtehelich geborenen im Vergleich zu 11,9 bei den ehelich geborenen betrug (6, S. 2259). J. Marsch, der den Verlauf von Geburten dreier Jahrgänge (1963-65) an der Berliner Frauenklinik Charlottenburg auf sozialmedizinische Aspekte untersuchte, konnte ebenfalls bei Kindern lediger Mütter erhöhte perinatale Mortalität beweisen (6,1 % bei nichtehelichen Kindern, 2,95 % bei ehelichen Kindern, 7, S. 85-86).

J. Jaeger und K. Valdenaire bestätigen in ihrer Studie die oben genannten, signifikanten Differenzen und stellen als einzige Todesursache mit deutlichem Unterschied zu der Verheiratetengruppe die "angeborene Lebensschwäche" fest, wie auch einige andere Autoren (13, S. 220, 17, S. 79, 8, S. 178). Die Statistiken aus dem europäischen Ausland bezeugen ähnliche Verhältnisse. M. Derron erhebt für den Zeitraum 1956-1963 in der Schweiz eine perinatale Mortalität bei ehelichen Säuglingen von 3,1 % und bei nichtehelichen von 6,0 % (8, S. 116). Diese Ergebnisse sind mit denen von Marsch in der Frauenklinik Charlottenburg gefundenen Werte

(x) Perinatale Mortalität (Definition der WHO): Anzahl der Kinder, die vor, während oder bis zu 7 Tagen nach der Geburt verstorben sind und zum Zeitpunkt der Geburt mehr als 1000 g gewogen haben. Die daraus abgeleitete Zahl bezieht sich auf die Anzahl aller Geborenen (lebend oder tot).

(xx) Totgeburtenrate: Anzahl der Totgeborenen auf 1000 Lebendgeburten.

nahezu identisch. H. Czermaks Daten aus Österreich beziehen sich auf die Säuglingssterblichkeit pro 1000 Lebendgeburten und zeigen wiederum einen signifikanten Unterschied zwischen ehelichen Verstorbenen (24,7) und nichtehelichen Verstorbenen (39,6) für 1967 (9, S. 57). Amerikanische Studien untersuchten dasselbe Problem und konnten ebenfalls eine höhere perinatale Mortalität bezeugen (33,4 Todesfälle auf 1000 Lebendgeburten bei Ledigen, 26,6 bei Verheirateten, Iowa-Study, 11, S. 807, 12).

c) Begründungsstrukturen der Diskrepanz in der Sterblichkeit ehelicher und nichtehelicher Säuglinge

Die Dringlichkeit dieses Problems hat bewirkt, daß sich Wissenschaftler aus den Gebieten der Geburtshilfe, der Kinderheilkunde und der Sozial- und Präventivmedizin dieser Frage annahmen und versuchten, durch weitausgedehnte, statistische Betrachtungen und eigene Untersuchungen eine Erklärung für dieses brisante Phänomen zu finden. Denn nur wissenschaftliche Arbeiten und der daraus abgeleitete Beweis von ursächlichen Faktoren können als Grundlage weiterer Maßnahmen im Sinne der Präventivmedizin verwandt werden. Da die Frühgeburtlichkeit und Übersterblichkeit bei nichtehelichen Kindern mit Sicherheit ein Resultat einer multifaktoriellen Pathogenese darstellen, gehen die Erklärungsversuche in die verschiedensten Richtungen. Oft wird allein eine globale Aussage verfaßt wie "die psychisch-physischen Verfassung der ledigen Mütter" oder "die schwer erfaßbaren Lebensumstände dieser Mütter" und "ungünstige Begleitumstände wie junges Alter, niederer Verdienst, schlechte Wohnung, unregelmäßiges Leben, unzureichende Ernährung" (13, S. 218, 221. 14, S. 590). Es muß aber eine genaue Analyse dieser "allgemeinen Ursachen" vollzogen werden und die einzelnen, vermuteten Gründe auf ihre tatsächliche Interdependenz hin untersucht werden. So wird die Kumulation der bekannten Risikofaktoren

"junges Alter" und "Primiparae" bei den ledigen Müttern als Erklärung der überhöhten Sterblichkeit erwogen, da bis zu 70 % der unverheirateten Mütter Primiparae sind und bis zu 40 % von ihnen ein Alter unterhalb des 20-ten Lebensjahres haben. Das Durchschnittsalter der ledigen Mütter bei der Geburt des Kindes liegt um 2-5 Jahre unter dem der Verheirateten (14, S. 590. 8, S. 120. 122. 7, S. 31. 17, S. 80). Tulzer und Wancura versuchen zu beweisen, daß nicht die Illegitimität, sondern nur das Adoleszenzalter der ledigen Mütter die Ursache der hohen Mortalität sei. Als Beweis gilt ihre Langzeitstudie (1960-70), in der sie einen statistischen Vergleich der gestorbenen Säuglinge einerseits auf den Zivilstand der Mutter, andererseits auf das Alter der Mutter durchführen (15, S. 345). M. Schär und J. Rickel hingegen errechneten, daß "bei Säuglingen junger Mütter der Unterschied der Sterblichkeit in Abhängigkeit von der Legitimität relativ gering ist (1:1,24), bei den Säuglingen 20- bis 30-jähriger Mütter der Unterschied dagegen 1:1,64 beträgt". Da 64 % der außerehelichen Kinder in der letztgenannten Altersgruppe zur Welt gebracht werden, nimmt Schär an, "daß das geringere Alter der ledigen Mütter die Sterblichkeit außerehelicher Säuglinge nicht wesentlich beeinflusst." (16, S. 4) Franke und Harmsen halten das Alter auch für eine der Ursachen mit großem Gewicht, nicht so sehr aus physiologischen Gründen, als aus psychischen, da mit sehr jungem Alter eine "psychosomatisch bedingte Lebensschwäche" verbunden ist, die eine große Anfälligkeit und damit zugleich weniger Widerstandskraft gegenüber Konfliktsituationen mit sich bringt (6, S. 2263).

Obwohl unterschiedliche Auffassungen über die Bedeutsamkeit dieses Risikofaktors bestehen, wird in der vorliegenden Untersuchung das Alter in zweierlei Weise berücksichtigt. Einmal wird die Ledigengruppe in sich bezüglich des Alters verglichen, und zweitens ist die Kontrollgruppe verheirateter Mütter in bezug auf das Alter dem der ledigen angepaßt worden, so daß diese Variable beim Vergleich der beiden Gruppen kontrolliert ist.

Ebenfalls wird der Faktor "Parität" bei dieser Untersuchung ausgeschlossen, da auch in bezug auf diese Größe die Vergleichsgruppe homogenisiert wurde (siehe Methode).

Als eine weitere Ursache, die die ledige, werdende Mutter nicht als losgelöstes Individuum trifft, sondern als Zugehörige einer gesellschaftlichen Gruppe, wird die Tatsache gesehen, daß ein großer Anteil dieser Frauen und Mädchen aus sozial niederen Schichten kommen und somit schlechteren sozio-ökonomischen Verhältnissen ausgesetzt sind (15, S. 342 : Die "Frühgeburten-Familien" kommen zu über 60 % aus dem Arbeitermilieu. 18, S. 365). K. Rosanelli (19, S. 5,6) fand 3,9 % Frühgeborene bei Erstparae der oberen Schicht und 11,2 % Frühgeburten bei Erstparae der unteren Schicht. Diese Tatsache durch das häufigere, sehr junge Alter der Frauen aus der unteren Schicht rein biologisch zu erklären, wird ausgeschlossen, indem die unter 20 Jahre alten Primiparae der oberen Schicht (12,3 %) mit der gleichen Altersstufe der Primiparae der unteren Schicht (17,9 %) verglichen werden. Für die 20- bis 29-jährigen zeigte sich der Unterschied noch deutlicher (obere Schicht: 1,5 %, untere Schicht: 12,3 % Frühgeburtenrate). Viele Autoren stellen nur fest, daß ledige Mütter meist aus unteren Schichten kommen, ohne die daraus resultierenden Nachteile für das Ungeborene zu analysieren. Andere versuchen mit Hilfe dieser Feststellung die verschiedenen Ergebnisse bei Ledigen und Verheirateten zu erklären. Aus finanziellen Gründen müssen die ledigen Frauen oft bis kurz vor der Entbindung arbeiten, was eine erhöhte perinatale Mortalität bewirken kann (8, S. 122. 16, S. 4). Mit dem unteren sozialen Stand sind oft eine schlechte Ernährungssituation und sehr mangelhafte Wohnverhältnisse verbunden (16, S. 4. 44, S. 72. 18, S. 366). Die werdenden Mütter aus den unteren Schichten haben einen schlechteren Gesundheitszustand (16, S. 4) und ein weniger aufgeklärtes Gesundheitsverhalten (20, S. 344). Um die mit der sozialen Schicht korrelierenden Anteile der Sterblichkeitsursachen unter Kontrolle zu halten, wird in der vorliegenden Arbeit versucht, die Kontroll-

gruppe verheirateter Frauen der klinischen Gruppe bezüglich dieser Variablen anzugleichen. Denn so kann die Variable "Familienzustand der Kindesmutter" als Ursache der Frühgeburtlichkeit besser analysiert werden.

Ein besonderes Interesse findet immer der Vergleich der Untersuchungsfrequenz von ledigen und verheirateten Schwangeren in der Schwangerschaftsvorsorgestelle (3, S. 336. 13, S. 219, 12). In ihren Arbeiten zeigen Marsch (7, S. 46, 85) und Döring (22, S. 139) eine deutliche Abhängigkeit von Häufigkeit der Schwangerschaftsuntersuchungen zur Frühgeburtlichkeit und perinatalen Mortalität auf, während Thalhammer (3, S. 336) meint, in seiner Arbeit das Gegenteil zu beweisen.

Ledige Schwangere gehen hierzulande viel seltener zur Untersuchung als verheiratete. Diese Tatsache wird von einigen Wissenschaftlern als Folge ihrer Schichtenzugehörigkeit angesehen (19, S. 7. 3, S. 336. 20, S. 343); denn wegen des schlechteren Gesundheitsverhaltens gehen die Frauen der unteren Schicht seltener zur Vorsorgeuntersuchung und somit auch die ledigen Schwangeren.

Andere Autoren sehen eine Erklärung weniger in der sozialen Schicht als in der psycho-sozialen Stellung der ledigen werdenden Mutter (x). Diese Frauen bleiben der Schwangerenvorsorge fern, da sie so lange wie möglich ihre Schwangerschaft verbergen wollen, um der sozialen Diskriminierung zu entweichen (11, S. 808. 21, S. 74). Nach einer Erhebung von Junker 1967 verhalten sich 67 % der ledigen Schwangeren so (45, S. 76). Diese negative soziale Stellung der ledigen Schwangeren bewirkt eventuell auch eine erhöhte Frühgeburtlichkeit durch Spätabtreibungsversuche (16, S. 4) zu dem Zeitpunkt, wo die Schwangerschaft sichtbar wird.

(x) Soziale Schicht ist als eher objektive Kategorie verstanden, abhängig vom Einkommen, Berufsausbildung und Berufstätigkeit. Psycho-soziale Stellung wird als eher subjektive Kategorie verstanden, als Abbild des subjektiven Empfindens der Frau, in dem sich die gesellschaftlichen Erwartungen und Wertmaßstäbe widerspiegeln.

Die Diskriminierung dieser Frauen auch von ärztlicher Seite zeigt sich in der Argumentation (18, S. 365. 16, S. 1), daß "der fehlende Aufzuchtswille" und "mangelnde Pflegesorgfalt" dieser Mütter für die Säuglingssterblichkeit verantwortlich seien. Schär, Rickel und Mörgeli wissen dieses Argument gut zu widerlegen (16, S. 1, 17, S. 35), denn die höchste Sterblichkeit (70 %) findet in der ersten Woche post partum statt, wo eheliche und nichteheliche Kinder noch die gleiche Betreuung und Pflege in der Entbindungsanstalt erfahren. Franke und Harmsen formulieren eindeutig, daß der "Sozialstreß", das sind die immateriellen, gesellschaftlichen Belastungen, als ein ursächlich wichtiger Faktor für die Totgeburtenrate und Säuglingssterblichkeit anzusehen ist (6, S. 2263. 36, S. 10). Sie führen den Beweis mit den Erfahrungen in der DDR: die Übersterblichkeit ging zurück, nachdem die nichtehelichen Kinder den ehelichen rechtlich völlig gleichgestellt wurden (auch 36, S. 10).

d) Die Psychosomatik der Schwangerschaft und der Geburt

Da Alter, Parität und soziale Schicht von den Autoren als nur teilhabende Faktoren für die hohe Säuglingssterblichkeit bei Ledigen angesehen werden, schließen sie, daß weitere Risikofaktoren in der pränatalen Periode zu suchen sind (8, S. 115. 16, S. 1. 23, S. 816). Allgemein ist die obengenannten Schichtzugehörigkeit als pränatale Ursache erwähnt und auch im Einzelnen diskutiert worden. Aber weitere Vorstellungen, wie sich die sozialen Umstände körperlich auf das Ungeborene auswirken, findet man nicht. Es wird zwar der Einfluß der sozialen Lage auf die Psyche erwähnt, aber keine psychosomatischen Verbindungen gezogen (6, S. 2263). Die Psychosomatiker ihrerseits betrachten die spezifische Situation der ledigen Schwangeren, besonders der Frauen mit ungewollten Schwangerschaften von der psychologischen psychoanalytischen Seite her, ohne dem Einfluß der sozialen Schicht größere Bedeutung zuzumessen. In der

Psychosomatik findet man weitere Ursachen für Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen. Die Untersucher stellen fest, daß Frauen mit ungewollten Schwangerschaften, und so auch viele der ledigen Schwangeren, sehr oft Ambivalenz oder gar Ablehnung gegenüber dem Foeten verspüren, und deshalb unter vermehrtem psychischen Druck stehen und häufiger Angstsymptome zeigen. Selbst wenn Ledige ihre Schwangerschaft akzeptieren, stehen sie unter einem enormen "Sozialstreß" (6). Die Angst, gemessen durch psychologische Tests (.z.B. Manifest Anxiety Scale) und physiologische Untersuchungen (Herzfrequenz, Blutdruck), steht in positiver Korrelation zu den Geburtskomplikationen (24, S. 231). McDonald bezeichnet nach einem ausgiebigem Literaturvergleich die Angst als den zentralen Faktor für die psychogenen Geburtskomplikationen.

Bestimmte Schwangerschaftsbeschwerden werden von den Psychosomatikern besonders in Hinblick auf die ungewollte Schwangerschaft abgehandelt. Die Hyperemesis gravidarum, die durch Wasser- und Elektrolytverlust zur schweren Stoffwechselentgleisung und durch den Kalorienverlust zum Hungerzustand führen kann, wird medizinisch als Gefahr für Mutter und Kind und prädisponierend für eine Frühgeburt angesehen (3, S. 335. 4, S. 280). Neben dem endokrinen Ursprung, der Erhöhung der HCG-Konzentration, wird dieser Krankheit eine eindeutig psychische Genese zugesprochen (25, S. 269. 24, S. 224). Das über den 3. Monat verlängerte, nicht lebensgefährliche Erbrechen wird als Vorstufe zur Hyperemesis angesehen und diskutiert. Uddenberg fand, daß ledige Schwangere mit ungewollten Schwangerschaften häufiger erbrechen als verheiratete, und daß die mehr oder weniger bewußte Ablehnung der Schwangerschaft dafür verantwortlich zu machen ist (25, S. 269). Dagegen interpretieren McDonald und Dana Breen (24, S. 224. 26, S. 27) das starke Erbrechen als Zeichen einer Ambivalenz, da nach mehreren Untersuchungen ledige Schwangere mit

bewußter Ablehnung des Kindes selten unter Erbrechen litten. Die Ambivalenz wird definiert als Konflikt zwischen Herbeiwünschen und Ablehnen des Ungeborenen (24, S. 244), oder wie Helene Deutsch die Gefühlsambivalenz ausführt: der Foet wird als "feindlicher Parasit" oder als "Empfänger der zärtlichen Mutter-Kind-Strömungen" angesehen (27, S. 112). Die psychische Genese des Erbrechens wird einerseits erklärt durch streßbelastete Situationen während der Schwangerschaft (28, S. 180), andererseits durch Persönlichkeitsfaktoren wie Unreife und Abhängigkeit und durch psychoanalytische Kriterien, wie die Beziehung zur eigenen Mutter, zum idealen Mutterbild und zum Partner (25, S. 269, 274). Diese Persönlichkeitscharakteristika scheinen besonders häufig bei ledigen und dazu jungen Frauen aufzutreten, was die vermehrte emotionale Störbarkeit und somit die psychosomatische Anfälligkeit erklären kann, die die Säuglingssterblichkeit und die Totgeburten negativ beeinflussen (29, S. 662).

Ähnliches wie für das starke Erbrechen gilt für die Schwangerschaftstoxämie, die sich durch Proteinurie, Ödeme und Hypertonie auszeichnet. Einige Mediziner sehen in der Toxämie einen ursächlichen Faktor für die Frühgeburtslichkeit (3, S. 335. 5, S. 335). Psychosomatiker stellten auch hier eine Ambivalenz zur Schwangerschaft fest und definierten die Toxämie als eine Reaktion auf den durch die Ambivalenz entstehenden Streß (26, S. 33. 24, S. 227). Da die EPH-Gestose mit der Hypertonie einhergeht, wird eine Parallele zur essentiellen Hypertonie gezogen, die oft ebenfalls den Streß als Ursache hat.

Anomalien der Wehentätigkeit, sei es die verlängerte Wehenzzeit mit protrahiertem Geburtsverlauf, sei es die Wehenschwäche primärer oder sekundärer Genese, sind als direkte Gefahr für das zu gebärende Kind anzusehen. Durch den gestörten Geburtsablauf kann der Foet schnell in den Zustand der drohenden intrauterinen Asphyxie

gelangen (Mekoniumabgang, Herzfrequenz- und Rhythmusstörungen des Foeten) und eine Hypoxie erleiden. Die Asphyxie ist die Ursache bei 30-50 % der perinatalen Todesfälle (10, S. 179. 5, S. 336).

Wie oben dargestellt, ist die Asphyxie bei perinatal verstorbenen, nichtehelichen Neugeborenen signifikant häufiger als bei den verstorbenen ehelichen Säuglingen. Somit ist das Interesse an den Ursachen dieser Regelmäßigkeiten, die bei ledigen Frauen öfter auftreten sollen, im Rahmen der Fragestellung von großer Bedeutung. Die Frage, ob die Wehentätigkeit von emotionalen Faktoren, insbesondere der Angst beeinflusst werden kann, wird von manchen Autoren verneint, die in ihren Untersuchungen keinen solchen Zusammenhang gefunden haben (7, S. 60. 32). Weitere Untersuchungen, die sich mit der Auswirkung der Angst während der Schwangerschaft und des Geburtsverlaufs befassen, sind in der deutschen Literatur selten zu finden. Molinski beobachtet den "Ärger" während der Geburt im Zusammenhang mit der Rigidität des Muttermundes, die zur cervikalen Dystokie führen kann (3, S. 90). Dabei betont er, daß Ärger nicht mit Angst zu verwechseln ist, und stellt fest, daß sich die Rigidität des Muttermundes dann erhöht, wenn der Ärger unterdrückt bleibt. In bezug auf den circulus vitiosus Angst-Verspannung-Schmerz bei der Dystokie meint Marsch, daß die Ursache-Folge-Abhängigkeit nicht geklärt sei.

In der englischsprachigen Literatur der Psychosomatik hingegen haben sich die Wissenschaftler schon früher auf die Bedeutung der Emotionen während der Schwangerschaft und auf die Persönlichkeitsstruktur der Schwangeren konzentriert. Am häufigsten wird der Zusammenhang zwischen Angst und Geburtenkomplikationen untersucht. B. Hetzel testete Frauen mit verlängerter Wehenszeit und stellte in dieser Gruppe fest, daß die Schwangerschaft selbst häufiger als Streß empfunden wurde,

daß die Ablehnung derselben und körperliche Beschwerden öfter auftraten (28, S. 180). McDonald fand ebenso einen zuverlässig höheren Anteil mit manifester Angst bei Müttern mit langer Wehendauer. Er machte die Untersuchung zwar mit Ledigen, berücksichtigte aber den Familienstand nicht, indem er die komplizierten und nicht komplizierten Geburten innerhalb des Kollektivs miteinander verglich (30, S. 200). Durch zwei Interviews über psychosoziale Probleme bei 108 Frauen zeigte Engström et al., daß emotional schwer belastete Frauen in eine größere Gefahr laufen, ungezielte Wehen zu erleiden und dadurch eine foetale Asphyxie herbeizuführen, als nicht so stark belastete Frauen. Als psychosoziale Belastung nannte er die illegitime Schwangerschaft neben Berufstätigkeit, Konflikte zwischen Partner oder Eltern sowie schlechte Anpassung an die Schwangerschaft und Angst vor der Schwangerschaft und der Entbindung (31, S. 151, 155). Aber nicht alle Untersuchungen können die Hypothese bestätigen. Steward (in 24, S. 225) fand keinen Zusammenhang zwischen Familienstand und Regelwidrigkeit bei den Wehen. Grimm testete die Höhe der psychologischen Spannung während der Schwangerschaft und entdeckte sehr partiell, nämlich nur bei Multiparae in der Austreibungsperiode eine positive Korrelation zwischen der Höhe des Spannungsindex und der verlängerten Wehenzeit (33, S. 525). Seine Ergebnisse sind schwierig zu bewerten, da die Schwangeren an verschiedenen Zeitpunkten getestet wurden, und weil die Stichhaltigkeit des Spannungsindex nach den eigenen Angaben des Autors unbekannt ist.

e) Zusammenfassung der Literaturergebnisse

Zusammenfassend kann man die Literatur, die die höhere Säuglingssterblichkeit nichtehelicher Kinder diskutiert folgendermaßen betrachten. Obwohl diese Fakten schon lange in der Medizin bekannt sind, wurde früher die Frage nach den Ursachen durch eine moralische Argumentation abgewendet, indem man die ledigen Mütter mit Asozialen gleichsetzte und somit ihnen grundlegende Hilfe-

stellung entzog. Da das Problem aber in gleicher Wichtigkeit fortbestand, stellten eine Reihe von Sozialmedizinern Untersuchungen über die soziale Umwelt und über individuelle, allgemeinmedizinische Daten der ledigen, werdenden Mütter an. So wurden Faktoren wie Alter, Parität und soziale Schicht als teilhabende Ursachen anerkannt, da sich in dieser Hinsicht die ledigen von den verheirateten Müttern unterscheiden. Von diesen Autoren wird nur ganz allgemein die Frage gestellt, ob die Ledigen von psychologischen und psychosomatischen Problemen besonders betroffen werden. Diese Fragestellung fand schon länger das Interesse der Psychosomatiker in der Geburtshilfe. Man erörterte emotionale Gründe, die die Schwangerschaft und die Geburt beeinflussen können, und stellte Überlegungen an, ob eine bestimmte Persönlichkeitsstruktur bei den ledigen Müttern vorliegt, die die psychogenen Komplikationen bedingen könnten. Positive Ergebnisse können diese Hypothese bestätigen: Angst fördert die Geburtskomplikationsrate, Unreife und Abhängigkeit zeigen sich häufiger in der Persönlichkeit lediger werdender Mütter, Frauen mit Schwangerschaftsbeschwerden zeichnen sich öfter durch eine Gefühlsambivalenz gegenüber dem Kind aus. Aber von diesen Wissenschaftlern werden keine, oder nur sehr oberflächliche Beziehungen zur Sozialisation dieser Frauen hergestellt. In der soziologischen Literatur finden sich viele Daten und Stellungnahmen über die schlechte Situation der ledigen Mütter, sowohl über materielle als auch über immaterielle Diskriminierung, aber natürlich kein Bezug zu den medizinischen Fragestellungen.

f) Ziel der Arbeit

Da die multifaktoreille Pathogenese des Phänomens der höheren Säuglingssterblichkeit bei ledigen Müttern als sicher vorausgesetzt wird, will diese Arbeit versuchen, den Zusammenhang zwischen medizinischen Fakten einerseits und psychosomatischen, psychologischen und soziologischen Ursachen andererseits aufzuzeigen. So soll

hoffentlich ein weiterer Beitrag zur psychosomatischen Medizin in der Geburtshilfe geleistet und die naturwissenschaftliche Medizin um psycho-soziale Erkenntnisse bereichert werden. H.E. Richter betrachtet Forschungen auf diesem Gebiet auch als eine Notwendigkeit und konstatiert, "daß die Medizin sich überhaupt erst seit kurzem mehr um die sozio-kulturellen und psychologischen Faktoren in ihrem Wissenschaftsbereich zu kümmern beginnt." (35, S. 1)

3. Arbeitshypothesen

1. In dieser Arbeit wird die Gruppe der ledigen und geschiedenen Mütter auf medizinische Auffälligkeiten, zum Beispiel Frühgeburtlichkeit und Geburtskomplikationen, auf ihre psychosoziale und sozialmedizinische Situation hin untersucht. Im Vergleich mit der Kontrollgruppe verheirateter Mütter werden Unterschiede in der Häufigkeit der medizinischen Komplikationen, in der psychischen Verfassung, in der Persönlichkeitsstruktur sowie in psychosozialen Belastungsmomenten vermutet.
2. Eine zweite Hypothese lautet, daß die Zugehörigkeit zu einer Gruppe, sei es die Zweiergruppe "Partnerbeziehung" oder die eigene, alte Familie oder eine Wohngemeinschaft, sich positiv in bezug auf den Schwangerschafts- und Geburtsverlauf auswirkt, im Gegensatz zu den wirklich alleinstehenden Müttern. So wird ein Vergleich zwischen den alleinstehenden und den nicht alleinstehenden Müttern gezogen.
3. Als dritter Hypothesenkomplex wird untersucht, ob die soziale Lage und eine typische psychische Konstellation bei ledigen Schwangeren mit vermehrter Frühgeburtlichkeit in Korrelation gebracht werden kann (3 Korrelationsanalysen). Die Frage nach einer erhöhten psychosomatischen Anfälligkeit unter den nicht verheirateten Müttern soll exploriert werden.

B

Kollektive und Methode

1. Kollektive

In der Zeit von Juni 1974 bis Januar 1976 wurden in der Frauenklinik des Klinikums Charlottenburg 200 Frauen untersucht und befragt, nachdem sie in der Klinik entbunden hatten. Außer in der Zeit von April bis August 1975 wurden alle ledigen und geschiedenen Mütter an Hand der Aufnahmekarten ohne jegliche Selektion herausgesucht, bis die Anzahl von 150 Probandinnen erreicht war.

50 Mütter wurden als Vergleichskollektiv unter den verheirateten Frauen herausgesucht. Diese Anzahl wurde von dem beratenden Statistiker als vertretbar angesehen. Da bekanntlich Alter, Parität und soziale Schicht (siehe Einleitung) die Frühgeburtlichkeit sowie andere Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen beeinflussen, wurde versucht, die beiden Kollektive in bezug auf diese Faktoren konstant zu halten. Ich errechnete die prozentuale Verteilung von Alter, Parität und sozialer Schicht nach der Befragung von 100 ledigen und geschiedenen Müttern und versucht so durch genaue Selektion die gleiche Zusammensetzung bei der Kontrollgruppe zu erreichen. In bezug auf die Parität war dies relativ einfach zu bewerkstelligen. Sowohl bei den Ledigen als auch bei den Verheirateten waren die Primiparae in der Mehrzahl. Da die Zweit-, Dritt- und Mehrgebärenden verständlicherweise bei den Ledigen keinen großen Anteil hatten (insgesamt 20, 8 %), konnte auch hier leicht ein Pendant für die Kontrollgruppe gefunden werden. Bei den weiteren Parametern traten Schwierigkeiten auf. 41 % der Ledigen waren unter 20 Jahre alt, und gerade in dieser Altersgruppe gab es sehr wenige verheiratete Mütter. Diese Gruppe mußte aber gefunden werden, da die Entbindung bei sehr jungen Müttern per se als risikoreicher angesehen wird, und dieser ohne Selektion schwer einzu-

schätzende Unsicherheitsfaktor unbedingt ausgeschlossen werden sollte. Deshalb wurde die Untersuchung noch in das Jahr 1976 hineinverlängert, und so konnten die entsprechend jungen verheirateten Mütter gefunden werden.

Das Problem, das der dritte Parameter, die soziale Schicht, mit sich brachte, wäre wahrscheinlich auch bei größerem Zeitaufwand zu lösen gewesen, hätte aber eine unvertretbare Verzögerung des ganzen Untersuchungsablaufs zur Folge gehabt. Vor allen Dingen wären die beiden Gruppen nicht in derselben Zeit befragt worden, was eine weitere Varianz bewirkt hätte; denn in Zeiten der wirtschaftlichen Veränderung (Krise 1975) wäre der Vergleich des Einkommens der beiden Gruppen noch schwerer durchzuführen.

Obwohl ein sehr vereinfachtes Schichtenmodell angewendet wurde, war es, wie bereits erwähnt, nicht möglich, unter den verheirateten Müttern so viele aus der unteren Schicht zu finden, daß es der errechneten Verteilung hundertprozentig gerecht geworden wäre. In der Auswertung wird ein differenzierteres Schichtenmodell verwendet (Scheuch). Dann wird auf die noch vorhandenen, sozialen Unterschiede der beiden Kollektive eingegangen.

Das Interview wurde von der Sozialarbeiterin Frau A. Reinicke und mir, bei den Falldarstellungen mit Hilfe von Diplompsychologe Diederichs durchgeführt. Durch ständige Arbeitsgespräche wurden die gleiche Interviewtechnik und die Beurteilungskriterien so gesichert, daß sie als relativ personen-unabhängig angesehen werden können. Drei bis vier Tage nach der Entbindung, am besten am letzten Tag vor der Entlassung wurden die jungen Mütter aufgesucht. Nach der Aufklärung über das Forschungsvorhaben wurden die jungen Frauen zur Mitarbeit gebeten. Ca. 90 % sagten sofort zu und zeigten sich interessiert. 7 % zögerten und ließen sich nach weiteren Erklärungen überzeugen, ca. 3 % lehnten rigoros

ab. (x) Mit der Wöchnerin allein wurde die ein- bis zweistündige Exploration durchgeführt, anschließend füllte die Befragte den psychologischen Fragebogen FPI (Freiburger Persönlichkeitsinventar) aus, der 114 Fragen enthält, die mit "stimmt" oder "stimmt nicht" beantwortet werden müssen. Damit die Mutter nicht zum reinen "Wissenschaftsobjekt" wurde, sind die Untersucher auf Empfängnisverhütungsprobleme eingegangen, indem je nach Interesse eine intensive Aufklärung über Verhütungsmittel und eine Überweisung an die Kontrazeptionssprechstunde der Klinik angeboten wurde. War die junge Mutter entlassen, wurden alle medizinisch wichtigen Daten aus dem geburtshilflichen Krankenblatt, aus der Kinderkurve sowie aus der Schwangerenvorsorgekarte entnommen, die über Schwangerschafts-, Geburts- und Wochenbettverlauf und über den Zustand des Kindes nach der Geburt und während der ersten Woche Auskunft gaben.

2. Die Fragebögen

Die erhobenen Fakten kann man in medizinische, psychologisch-psychosomatische und soziologische Daten unterteilen. Die originalen Fragebögen sind im Anhang gesammelt dargestellt. Bei den medizinischen Angaben wurden besonders jene berücksichtigt, die eine Frühgeburt oder Geburtskomplikationen schon ohne Berücksichtigung des Familienstandes anzeigen können. Zum Beispiel gynäkologische Operationen, Stoffwechselerkrankungen wie Rachitis und Diabetes mellitus, und frühere Komplikationen bei Schwangerschaften. Die jetzige Schwangerschaft wurde nach der Häufigkeit der Vorsorgeuntersuchungen und nach den Schwangerschaftsbeschwerden, die in der Untersuchungskarte notiert waren, exploriert. Die genaue Schwangerschaftsdauer wurde erneut errechnet. Um Aussagen über die Frühgeburt nach geburtshilflicher Definition (xx)

(x) Eine Erzieherin, die 5 Jahre im Heim für ledige Mütter tätig war, sah den Sinn dieser wissenschaftlichen Arbeit nicht ein und bezweifelte eine praktische Anwendung der Ergebnisse.

(xx) Geburtshilfliche Definition: Schwangerschaftsabbruch zwischen 29. und 38. Woche

zu machen (37, S. 248). Bei der Geburt wurden die Dauer, die Lage der Frucht, Wehenunterstützung und sonstige Medikamente, sowie Geburtskomplikationen, insbesondere die Indikationen zur operativen Geburtsbeendigung **ver-**merkt.

Der gesundheitliche Zustand des Neugeborenen wurde nach den physiologischen und anatomischen Reifezeichen beurteilt, als da sind der Apgar-Index (x) nach einer und nach fünf Minuten, Größe, Gewicht, und Kopfumfang des Neugeborenen. Daraus werden nach der pädiatrischen Definition die Frühgeburten herausgesucht (xx). Diese Definition wird bei allen statistischen Angaben verwendet. Unter den postpartalen Erkrankungen des Säuglings interessieren die Asphyxie, das Atemnotsyndrom und die Geburtsverletzungen, da diese Krankheiten durch uterine Komplikationen, wie Plazentainsuffizienz und Geburtsstillstand erzeugt werden können.

An rein soziologischen Daten wurden Schul- und Berufsausbildung und Berufstätigkeit sowie das Einkommen der ledigen oder geschiedenen Frau erfragt. Diese Angaben wurden für das später zu erklärende Schichtenmodell nach Scheuch verwendet. Auch die Wohn- und Arbeitssituation wurde genau ermittelt (siehe Auswertungsteil).

Ähnliche soziologische Fakten wurden auch über den Kindesvater erhoben, wenn sie bekannt waren. Die familiensozziologischen Fragen zielten auf die Familiensituation der ledigen Mutter und auf die Ehesituation ihrer Eltern: Zu diesen Informationen zählen Alter der Eltern bei der Geburt der Kindesmutter, Familienstand der Eltern, frühkindliche Bezugspersonen, Bevorzugung

-
- (x) Der Apgar-Index berechnet sich aus Herzschlag, Atmung, Muskeltonus, Reflexen und Hautfarbe; diese Fakten unterliegen einer Bewertung von 0-2, je nachdem ob sie fehlen, unregelmäßig oder normal vorhanden sind. So bedeutet Apgar 0-4 schwer asphyktisch, 5-7 mäßig asphyktisch und 8-10 lebensfrisch.
- (xx) Pädiatrische Definition: Kinder mit dem Geburtsgewicht von 2500 g und weniger, 1/3 der Frühgeborenen sind pädatrophische Kinder (small-for-date-babies). (37, S. 248)

eines Elternteils, Geschwisteranzahl und Platz in der Geschwisterreihe der jetzigen Mutter.

Die psychologischen Daten wurden durch das Gespräch über von der Mutter selbst geäußerte Empfindungen und Einstellungen zur Schwangerschaft und zu ihrer Umwelt erhoben. Bezogen auf die Schwangerschaft waren folgende Fragen von Interesse: die erste Reaktion auf die bestehende Schwangerschaft und eventuelle Abtreibungsgedanken, ob sich im Laufe der neun Monate die Einstellung zur Schwangerschaft geändert hat, ob es ein Wunschkind ist, wann die Schwangerschaft bewiesen wurde und ob der Verdacht einer Schwangerschaft vorhanden war, welche Verhütungsmethoden angewendet wurden und wie es zur Schwangerschaft kam. Die von der Mutter angegebenen Schwangerschaftsbeschwerden wurden notiert, ebenso die Einschätzung des Schweregrades der Entbindung. Dann wurde noch das Verhältnis zum Kindesvater angesprochen und die Zukunftsplanung der Mutter in bezug auf ihre Partnerbeziehung und ihren Beruf und auf das Kind.

Diese Psychodiagnostik durch die Exploration der subjektiven Empfindungen und Einstellungen wurde durch den psychometrischen Testbogen "Freiburger Persönlichkeitsinventar" (FPI) als Versuch eines objektiven Maßstabs erweitert. Dieser Test stellt einen mehrdimensionalen Persönlichkeitsfragebogen dar, der vom Freiburger Psychologischen Institut entwickelt wurde, und für deutsche Verhältnisse standardisiert worden ist. Der FPI stellt also keine Übersetzung oder Adaptierung angloamerikanischer Tests dar. Ein relativ breites Persönlichkeitsspektrum wird durch neun Dimensionen geboten: unter anderen Aggressivität, Depressivität, Dominanzstreben, Erregbarkeit, Extraversion, Nervosität, oder emotionale Labilität. Die letzten beiden Dimensionen sind von besonderem Interesse für diese Untersuchung, da sie auf psychosomatische Störanfälligkeit hinweisen können. Elf Frauen der Klinischen Gruppe füllten den Testbogen nicht aus. Entweder weigerten

sie sich, weil die Inhalte der Fragen als absurd angesehen wurden (x), oder beantworteten, bewußt oder unbewußt, mehr als zwanzig Fragen nicht, so daß der Test nicht ausgewertet werden konnte.

3. Technischer Vorgang der Auswertung

Die aus den Krankenblättern heraussortierten, medizinischen Fakten, so wie die durch das Interview gewonnenen, sozialmedizinischen und psychosomatischen Daten und letztlich die Antworten des FPIs wurden mit dem IBM-Computer der Technischen Universität nach dem spss-Programm (Statistical Package for Social Science) ausgewertet.

Von der technischen Seite her gesehen konnten die Daten in zwei Kategorien unterteilt werden. In dem einen Teil der Exploration waren die Antworten strukturiert vorgegeben (medizinische und sozialmedizinische Fragen), während in dem anderen Teil "offene Fragen", bzw. teilstandardisierte Fragen gestellt wurden (Exploration der subjektiven psychischen Lage). Offene Fragen bedeutet, daß der Befragte keinerlei Beantwortungshilfen gegeben werden, also kein multiple-choice-System angewendet wird, und mit teilstandardisierten Fragen umschreibt man die Weise, daß der Interviewer Anregung und Erläuterung zu den Fragen anbietet. (Zum Beispiel: offen: "Wie war ihre Reaktion, als sie erfuhren, daß sie schwanger sind?". Teilstandardisiert: "Beschreiben sie ihre Entbindung, versuchen sie sie als schwer-normal-leicht einzustufen.") Der Vorteil des offenen Vorgehens liegt in der Möglichkeit, die Befragte in ihrer Persönlichkeit besser zu erfassen, da ihr in der Beantwortung keinerlei Schranken gesetzt werden. Diese Tatsache hat für die individualpsychologische Einschätzung eine große Bedeutung, führt aber eine Schwierigkeit für die statistische Auswertung mit sich. Die individuellen Antworten müssen standardisiert werden, und damit codierbar und vergleichbar. So wurde zum Beispiel die oben angeführte Frage folgendermaßen codiert: Reaktion auf den Schwangerschaftsbeweis - negativ mit Abtreibungsgedanken, - negativ ohne Abtreibungsgedanken, - gleichgültig, - positiv.

(x) "Ich finde alle Fragen blöd und nicht beantwortbar. Sie manipulieren einen zu einem vorgefaßten Bild von der Wirklichkeit, das sich für mich viel problematischer verhält." (eine arbeitslose Kostümbildnerin)

Nachdem die Daten in den Computer eingelesen worden waren, wurden Kreuztabellen ausgedruckt und folgende Korrelationen verglichen: Die Daten der klinischen Gruppe wurden denen der Testgruppe gegenübergestellt. Zuerst listeten wir Alternativinformationen (Tab. 2). Dann wurden die einzelnen Ergebnisse auf ihre nennenswerten Unterschiede hin verglichen. Innerhalb des Ledigen-Kollektivs wurden Gruppen mit definierten partnerbezogenen Konstellationen gebildet (zum Beispiel: die Mutter hat keinen oder hat einen Partner). Diese Untergruppen wurden wieder an Hand der Kreuztabellen mit den gespeicherten Daten korreliert, um eventuell, der Hypothese entsprechend, besondere Risikogruppen unter den Ledigen zu finden. Anschließend wurden diese Untergruppen mit den verheirateten Müttern verglichen. Zuletzt wurden noch durch Korrelationsanalysen schichtspezifische und psychisch-bedingte Unterschiede in der klinischen Gruppe in bezug auf Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen gesucht.

Auf Grund der durch die Arbeitshypothesen postulierten Interdependenzen ist eine differenzierte Trennung der sozialen Schichten voneinander für die Arbeit von Bedeutung. Da es auf diesem Gebiet selbstverständlich keine objektiven Orientierungsmarken gibt und selbst die Soziologie lediglich Hinweise auf die heranzuziehenden Kriterien zur Zuordnung in eine bestimmte soziale Schicht zu geben vermag, werden subjektive Momente ein exaktes Vorgehen immer behindern, muß letztlich auf die Plausibilität einiger Kriterien zurückgegriffen werden. Um diese mögliche Fehlerquelle klein zu halten, jedoch einen operationalen Vergleich zu ermöglichen, wurde angesichts dieser Schwierigkeiten ein bereits in der Praxis bewährtes Schichtenmodell dieser Arbeit unterlegt, das Modell von E.K. Scheuch (38). Scheuch bewertet einzelne Bestimmungsfaktoren, wie Schulbildung der Befragten, Einkommen und Beruf des Haupternährers, mit einem Punktsystem und faßt die so quantifizierten

Einzelfaktoren zu einem Gesamtindex zusammen (nähere Angaben siehe Anhang).

Am Beispiel drei alleinstehender, lediger Frauen sei die Einteilung demonstriert.

1. Eine 22 J. alte, gelernte Friseurin mit Hauptschulabschluß (4) ist als angelernte Kassiererin (3) tätig und verdient DM 800,- netto (7). Der Gesamtindex beträgt 14, und so gehört sie der unteren Unterschicht an.
2. Eine 23-jährige Frau mit mittlerer Reife (9), als Friseurin tätig (13) erhält DM 1150,- netto (10). Mit dem Gesamtindex von 32 Punkten gehört sie der mittleren Mittelschicht an.
3. Eine 38-jährige wissenschaftliche Assistentin (17) mit Hochschulabschluß (19) verdient DM 2300,- netto (16). Mit 52 Punkten wird sie der Oberschicht zugeordnet.

Mit den oben erwähnten Bedenken einer Schichteinteilung und unter Berücksichtigung der Relativität der Aussage solcher Modelle kam das Schema von Scheuch mit als wichtig angesehenen Modifikationen zur Anwendung. Die Modifikationen waren deshalb nötig, da das Schichtmodell durch die Höhe des Einkommens eine Zeitabhängigkeit aufweist. Die Netto-Grenzen wurden um 70 % angehoben; das entspricht einem Zuwachs von 5 % pro Jahr innerhalb von 14 Jahren (auf 1961 beziehen sich die Angaben von Scheuch, unsere Untersuchung lief von 1974-75).

Bei den ledigen Frauen wurde deren Einkommen, bzw. bei den Schülerinnen das des ernährenden Elternteils berücksichtigt; das Einkommen des Ehegatten wurde zur Schichteinordnung der verheirateten Frauen herangezogen.

Für das Kriterium "Berufsposition" wählte ich immer den Beruf der Frauen; nur für die Schülerinnen und Studentinnen gab ich den Beruf des Haupternährers an, da sonst die Schichtverschiebung unverantwortbar wäre. Diese schwerwiegende Modifikation widerspricht der herrschenden Auffassung, derzufolge sich die Frau mit der Position des Ehemannes identifiziere und so der eigene Beruf subjektiv einen geringeren Stellenwert

einnahme. Da diese Arbeit jedoch auf die soziale und psychosoziale Situation der Frauen abstellt, mußte der Beruf des Mannes durch den der Frau als wesentlicher Einflußfaktor ersetzt werden. Da, wie oben ausgeführt, das Einkommen des Haupternährers berücksichtigt wird, fließt durch dieses Kriterium die für die Schichteinteilung nicht zu leugnende, dominierende Rolle des Ehemanns ein.

Das Merkmal "Schulbildung" bringt eine von Scheuch nicht angegebene Ungenauigkeit mit sich, nämlich den Einfluß des Alters auf die Zuteilung zur sozialen Schicht. Denn die 15-jährige Realschülerin (5 Punkte) kann die Punktzahl der 25-jährigen Lehrerin (20) nie erreichen. So wird die 15-jährige nach diesem Schichtschema in eine untere Schicht eingeordnet, aus der sie vielleicht in 10 Jahren, wenn sie Schul- und Berufsausbildung abgeschlossen hat, in eine höhere Schicht umgestuft wird. Verständlicherweise liegt diese Korrelation zwischen Alter und Schicht nur bei Frauen jungen Alters vor. Das bedeutet, die jungen Mädchen gehören so fälschlicherweise häufiger den unteren Schichten an. Dies muß als Grund für die im nächsten Abschnitt aufgezeigte Schichtverschiebung gelten.

Ergebnisse

1. Alter, Parität, soziale Schicht

a) Alter und Parität

In der Literaturbesprechung ist der Einfluß der Faktoren Alter und Parität auf die Frühgeburtslichkeit und Säuglingssterblichkeit abgehandelt worden, der von vielen Autoren als entscheidender Grund für die erhöhte Frühgeborenenrate bei ledigen (x) Müttern angegeben wurde (3, S. 3ff). Der Einfluß wird in dieser Arbeit anerkannt. Um andere, vielleicht relevantere Größen analysieren zu können, wurden das Alter und die Parität in der Vergleichsgruppe der klinischen Gruppen angeglichen, so daß man ohne Berücksichtigung der genannten Faktoren die Ergebnisse anderer Daten in den beiden Kollektiven gegenüberstellen kann. Das Bemühen hatte folgendes Resultat:

Tab. 1 a: Altersverteilung (absolute Anzahl)

Jahre	-15	16-20	21-25	26-30	31-35	über 35	Mittelwert	N
L-Gr:	4	54	37	27	19	9	23,86	150
V-Gr:	0	21	12	9	6	2	24,00	50

L-Gr = Ledigen-Gruppe V-Gr = Verheirateten-Gruppe
N = Stichprobe, absolute Anzahl

Tab. 1 b: Verteilung der Parität (in %)

	I.	II.	III.	N
L-Gr:	79,3	12,7	8,1	150
V-Gr:	76,0	16,0	8,0	50

Die Parallelisierung in der Paritätsverteilung ist als gelungen anzusehen. Bei der Altersstruktur ist der Mittelwert in beiden Kollektiven gleich, Unterschiede zeigen sich in jungen Altersstufen, da es von Rechts wegen

keine 14- und 15-jährigen verheirateten und nur wenige 16- und 17-jährige verheiratete Mädchen gibt. Von 16 bis über 35 Jahren ist die Verteilung als homogen zu bezeichnen.

b) Die soziale Schicht

Auch dieser Faktor sollte angesichts der Kenntnisse aus der Literatur homogenisiert werden (siehe Seite 5, d. Verf.). Da die ledigen Mütter ohne Selektion in die Untersuchung aufgenommen wurden und bei ihnen die soziale Lage näher betrachtet werden soll, wurden die Verheirateten in bezug auf die Schicht der der Ledigen angeglichen, wie in der Methodenbeschreibung dargestellt. Die nächste Tabelle gibt die Verteilung in beiden Kollektiven an im Vergleich mit den Angaben von Scheuch.

Tab. 1 c: Soziale Schicht (in %)

	untere US	obere US	untere MS	mittl. MS	obere MS	Ober- schicht	N
L-Gr:	30,7	14,7	10,7	25,3	12,0	6,7	150
V-Gr:	28,0	20,0	46,0	0	6,0	0	50
Scheuch:							
	19,5	36,6	20,7	14,6	6,1	2,5	

US = Unterschicht

MS = Mittelschicht

Die Prozentangaben von Scheuch beziehen sich auf eine repräsentative Stichprobe aus der bundesrepublikanischen Bevölkerung. Vergleicht man die Verteilung in der klinischen Gruppe mit den Angaben von Scheuch, so läßt sich folgende Verschiebung erkennen: Aus der oberen Unterschicht und der unteren Mittelschicht, die bei Scheuch die stärksten Gruppen darstellen, verschiebt sich die Häufigkeit in dem klinischen Kollektiv in die untere

(x) Nochmals sei darauf hingewiesen, daß sich die "Ledigen"-Gruppe in dieser Arbeit aus 116 tatsächlich ledigen (77,2 %) und 34 geschiedenen Frauen (22,8 %) die ein rechtlich gesehen nicht eheliches Kind zur Welt gebracht haben, zusammensetzt.

Unterschicht und Überraschenderweise in die oberen Schichten. Die Tatsache der stark besetzten unteren Unterschicht ist in der Methoden- und Auswertungsbeschreibung schon erklärt worden; die Altersabhängigkeit des Schichtmodells kommt hier deutlich zum Ausdruck. Auf einen denkbaren Grund für die doppelt so hohe Häufung in der mittleren und oberen Mittelschicht und der Oberschicht wird in der Diskussion eingegangen. Die Verteilung des Kontroll-Kollektivs zeigt im Vergleich mit der Ledigen-Gruppe eine Verschiebung aus den oberen Schichten in die unteren, besonders in die untere Mittelschicht. Nur die untere Unterschicht weist eine ungefähre Gleichverteilung in den beiden Gruppen auf. Aus dieser Beobachtung kann man ableiten, daß das Bemühen in Hinsicht auf eine parallelisierte Kontrollgruppe keinen allgemeinen Erfolg hatte. Dennoch kann man vertreten, daß mit dieser Verteilung der Faktor "soziale Schicht" als Einflußgröße auf die Frühgeburtlichkeit eingeschränkt ist. Denn in der Literatur wird der Zugehörigkeit zu der unteren Schicht eine negative Relevanz auf den Verlauf der Schwangerschaft zugeordnet. In diesen unteren Schichten entsprechen sich aber klinische und die Kontroll-Gruppe.

2. Ergebnisse des Vergleichs der Daten des Ledigen-Kollektivs mit denen des Verheirateten-Kollektivs

a) Medizinische Daten der Mütter

Die Tabelle 2 veranschaulicht den Vergleich von medizinischen Alternativdaten der beiden Gruppen:

Tab. 2:

Medizinische Daten	L-Gr in %	V-Gr in %	Sig.	N-L	V-L
Mittelwert des Alters	23,86	24,00	ns	150	50
Frühere Erkrankungen	63,7	60,00	ns	146	50
Raucherinnen während der Schwangerschaft	54,3	42,9	ns	129	49
Alkohol, mäßig	32,5	2,0	1 %	83	49
Medikamenteneinnahme während der SS	9,5	2,0	ns	53	49
Interruptiones	18,0	4,0	2,5 %	150	50
Aborte	9,4	14,0	ns	150	50
Komplikationen w. früherer SS	36,8	33,0	ns	30	12
Besuch der SS-Vor- sorge weniger als 3x	41,9	10,0	1 %	150	50
Patientin beim Gynäkologen	70,5	84,0	ns	149	50
SS-Wochen bei Geburt weniger als 38	24,6	16,0	2,5 %	150	50
Erkrankungen w. SS	40,7	33,0	ns	150	50
Geburtsdauer weniger als 5 Stunden	54,1	68,0	ns	148	50
Wehenunterstützung	36,7	40,0	ns	150	50
operative Geburts- beendung	30,7	14,0	2,5 %	150	50
Asphyxie als OP-Ind.	19,3	6,0	2,5 %	150	50
Medikamente unter Geburt	73,6	72,0	ns	148	50
Nachgeburtskompl.	18,7	20,0	ns	150	50
Wochenbettkomplik.	43,2	56,0	ns	148	50

ns = nicht signifikant, Irrtumswahrscheinlichkeit größer
als 5 %

SS = Schwangerschaft

w. = während

Ind. = Indikation

N-L = Stichprobengröße Ledige

V-L = Stichprobengröße Verheiratete

Bei der Angabe über frühere Krankheiten gaben die Ledigen geringfügig öfter eine positive Antwort. Vergleicht man die Krankheiten, die einen Einfluß auf die Schwangerschaft und die Geburt haben könnten, so zeigt sich weder eine Tendenz noch ein signifikanter Unterschied, daß die ledigen Mütter häufiger erkrankt waren, so daß dies als Grund für die bei ihnen erhöht auftretenden Geburtskomplikationen ausgeschlossen werden kann.

Tab. 3: Frühere Erkrankungen (in %)

	Gyn. Erkr.	Gyn. Op	Chir. Bauchop	Nieren- erkr.	sonstige
L-Gr:	8,9	8,9	25,3	13,0	7,5
V-Gr:	6,0	8,0	22,0	14,0	10,0

Bei der genauen Betrachtung des Nikotinkonsums läßt sich erkennen, daß sich die Häufigkeit der mäßigen Raucherinnen in den beiden Kollektiven entsprechen, die starken Raucherinnen aber unter den Ledigen öfter zu finden sind.

Tab. 4: Nikotinkonsum (in %)

	bis zu 10 Zig./die	über 10 Zig/die
L-Gr:	30,2	24,1
V-Gr:	24,1	12,3

Selbst bei mäßigem Alkoholgenuß zeigt sich ein signifikant höherer Anteil bei den ledigen Frauen. Häufiger und regelmäßiger Alkoholkonsum wurde nicht angegeben, eine Tatsache, die bekannterweise skeptische betrachtet werden muß.

Die Angaben über den Medikamentenverbrauch während der Schwangerschaft ist deshalb so gering, da nur nach den Präparaten gefragt wurde, die nicht vom Arzt verschrieben wurden.

Die ledigen Mütter hatten nicht nur signifikant häufige einen Schwangerschaftsabbruch vorgenommen, sondern auch öfter mehrere Interruptiones.

Tab. 5: Interruptiones (in %)

	1	2	3	N
L-Gr:	14,0	2,4	1,3	22
V-Gr:	4,0	0	0	2

Die verheirateten Frauen gaben häufiger Aborte an; eine unter ihnen litt an habituellen Aborten.

Unter den II.- und Mehrparaen gaben die Ledigen (in dieser Frage wohl eher die geschiedenen Frauen) gleichviel frühere Geburtskomplikationen an wie die verheirateten Frauen. So kann dieser anamnestische Punkt bei der Interpretation der jetzigen Komplikationen entfallen. Eine genauere Analyse der Regelwidrigkeit früherer Geburten lohnt sich wegen der geringen Anzahl nicht (15). Ledige Schwangere besuchten signifikant seltener die Schwangerenvorsorge als die verheirateten Frauen.

Tab. 6: Anzahl der Besuche in der Schwangerenvorsorge-stelle (in %)

	0	1-3	4-6	7-8	öfter als 8
L-Gr:	19,3	32,6	24,1	12,0	12,0
V-Gr:	4,0	6,0	46,0	18,0	26,0

Auch suchten weniger ledige Frauen im Falle einer Schwangerschaft einen niedergelassenen Gynäkologen auf. Die nach dem ersten Tag der letzten Menstruation errechnete Anzahl der Schwangerschaftswochen zum Zeitpunkt der Geburt zeigt deutlich eine häufigere Frühgeburtlichkeit bei den ledigen Frauen.

Tab. 7: Anzahl der Schwangerschaftswochen (in %)

	bis 28 Wochen	29-38 Wochen	über 38 Wochen
L-Gr:	2,8	21,8	75,4
V-Gr:	0	16,0	84,0

Über die Erkrankungen während der Schwangerschaft, die bei der Ledigen-Gruppe etwas häufiger auftraten, kann folgende Tabelle mit psychosomatisch erklärbaren und nicht erklärbaren Krankheiten aufgestellt werden:

Tab. 8: Erkrankungen während der Schwangerschaft (in %)

	keine	nicht psycho. Niere + Blut	psychosom. Gew.-zunahme	EPH	Ubelk. Erbr.	vorz. Wehen
L-Gr: 59,3	59,3	8,0	1,3	19,4	4,0	8,0
V-Gr: 66,0	66,0	12,0	0	20,0	0	2,0

Psychosomatisch erklärbare Krankheiten unter den Ledigen betragen 32,7 %, bei den Verheirateten 22,0 %.

Die Dauer der Geburt wurde retrospektiv vom Beginn regelmäßig auftretender, fühlbarer Wehen im Abstand von 10 Minuten bis zur Ausstoßung der Plazenta (10, S. 285) gemessen. Fünf Stunden Geburtsdauer wird als unterer Medianwert für I.parae angesehen. Die ledigen Kreißenden brauchten zu 55,9 %, die verheirateten nur zu 32,0 % länger als 5 Stunden. Die Anzahl der Sektionen caesariae sind in beiden Gruppen mit 8,0 % und 8,1 % identisch.

Wehenunterstützung hatten die Frauen der klinischen Gruppe geringfügig weniger erhalten. In der Verteilung von primärer und sekundärer Unterstützung zeigten sich Unter-

- (x) Primäre Wehenunterstützung: prim. hypotone Wehenschwäche, Geburtseinleitung
 Sekundäre Wehenunterstützung: sek. hypotone Wehenschwäche = Ermüdungswehen.

schiede.

Tab. 9: Wehenunterstützung (in %)

	keine	primär	sekundär
L-Gr:	63,3	24,7	12,0
V-Gr:	60,0	34,0	6,0

Erklärbar durch eine längere Geburt wurden den ledigen Kreißenden relativ häufiger sekundär Wehenmittel verabreicht.

Signifikant öfter war bei den ledigen Gebärenden die Indikation zur operativen Geburtsbeendigung gegeben. Die Indikationen verteilten sich so:

Tab. 10: Indikationen zur operativen Geburtsbeendigung (in %)

	Intraut. Geburts-Asphyxie	stillst.	BEL	Erkr. d. Mutter	Alter d. Mutter	N
L-Gr:	19,3	4,7	4,0	2,0	0,7	150
V-Gr:	6,0	0	2,0	2,0	2,0	50

Die Häufigkeit der intrauterinen Asphyxie bei den verheirateten Frauen entspricht ungefähr der Angabe von G. Martius (5 %). Die nicht ehelichen Ungeborenen sind signifikant öfter von der schwerwiegenden Asphyxie bedroht. Laut Martius ist diese Erkrankung in 30-50 % die Todesursache bei perinatal verstorbenen Kindern (10, S. 179).

Wie oben schon erwähnt, wurde die Geburt nichtehelicher Kinder öfter operativ beendet, und zwar durch folgende Operationsmethoden:

Bei differenzierter Unterteilung kann das signifikant leichtere Gewicht der nichtehelichen Kinder noch deutlicher demonstriert werden:

Tab. 17: Geburtsgewicht (in %)

	bis 1000	1001-1500	1501-2000	2001-2500	2501-3000	über
ne-Ki:	1,3	2,7	6,0	5,3	22,7	62,0
e-Ki:	0	0	2,0	2,0	22,0	74,0

Auch Körpergröße und Kopfumfang zeigen die entwicklungs-mäßige Benachteiligung des nichtehelichen Säuglings. Auch der physiologische schlechtere Zustand dieser Neugeborenen wird beim Vergleich der Apgar-Indices erkennbar. Die nächste Tabelle unterteilt den Apgar-Index in "schwer asphyktisch" (1-4), "mäßig asphyktisch" (5-7) und "lebensfrisch" (8-10).

Tab. 18: Apgar-Index nach 1 Minute (in %)

	1-4	5-7	8-10
ne-Ki:	10,9	15,6	73,6
e-Ki:	4,0	12,0	84,0

Nach psysiologischen (Apgar-Index) und anatomischen Merkmalen wie Geburtsgewicht, Länge, Kopfumfang, Waschfrauenhände, Vernix, Fettpolster, Länge der Finger- und Fußnägel, Bedeckung der kleinen Labien durch die großen, Deszendenz des Hoden, wurde nochmals der Reifegrad des Kindes festgestellt.

Tab. 19: Reifegrad des Kindes (in %)

	Früh-geb.	Mangel-geb.	Früh.+Mangel-geb.	termin-gerecht	termin-überschritt.
ne-Ki:	8,0	5,3	6,7	74,0	6,0
e-Ki:	6,0	8,0	0	84,0	2,0

Bei der Analyse der kindlichen Erkrankungen peri- und postpartal wiederholt sich die Feststellung, daß nicht-ehe-liche Säuglinge häufiger an Asphyxie litten. Die oben erwähnten und aufgeschlüsselten Indikationen zur geburtshilflichen Operation ergab dieselbe Tatsache.

Tab. 20: Erkrankungen des Säuglinge (in %)

keine Asphyxie		Atemnot- syndrom	Geburts- verletz.	Ikterus neonator.	sonstige
ne-Ki: 65,8	8,1	1,3	6,7	13,4	4,8
e-Ki: 80,0	2,0	0	4,0	14,0	0

Die Mißbildungsrate zeigt keine signifikante Erhöhung bei nichtehelichen Kindern, was nicht anders erwartet war, Bedingt durch die Anzahl der dieser Arbeit zugrunde liegenden Geburten kann über die kindliche Mortalität keine statistisch relevante Aussage gemacht werden. Dennoch sollen hier die drei Todesfälle genannte werden. Zwei Kinder wurden im 7. oder 8. Schwangerschaftsmonat aus ungeklärten Gründen von einer 17-jährigen Ipara und einer 14-jährigen Ipara tot geboren. Der dritte Säugling kam als Siebenmonatskind einer 19-jährigen Ipara lebend zur Welt und starb mit 14 Tagen an einer nicht zu beherrschenden Pheunomie in der Kinderklinik des Klinikums Charlottenburg.

c) Daten über das psychische Befinden der Mütter während der Schwangerschaft und der Entbindung

Neben den Angaben über das subjektive Befinden werden in dieser Tabelle noch Fakten über Verhaltensweisen (zum Beispiel: Verhütungsmethode) beigelegt, die indirekt Aufschluß über die psychische Situation geben können.

Tab. 21: Angaben der Mütter über Schwangerschaft und Entbindung (in %)

	L-Gr	V-Gr	Sig.	N-L	N-V
keine Verhütung (allgem.)	47,3	28,0	2,5	150	50
keine Information über Verhütungsmittel	10,1	4,0	ns	149	50
keine Vorstellung über zukünftige Verhütung	25,3	12,0	ns	150	50
kein Kinderwunsch vor SS-Beginn	70,2	40,0	1 %	150	50
ausgesprochenes Wunschkind nach SS-Beginn	62,0	92,0	1 %	150	50
kein Wunschkind bis Ende der SS	38,0	8,0	1 %	150	50
keine Vermutung über Bestehen der SS	13,9	16,3	ns	144	49
negative Reaktion auf Bekanntwerden der SS	45,3	26,0	1 %	150	50
Nachweis der SS in den ersten 3 Monaten	75,3	86,0	ns	142	50
negative und negativ werdende Einstellung zur SS	16,8	2,0	1 %	149	50
subjektiv schlechtes SS-Befinden	33,3	14,0	1 %	150	50
subjektiv schwere Entbindung	51,7	30,0	1 %	150	50
Mutter will gerne stillen	52,9	79,2	1 %	102	48
negative Einstellung zum Kind	16,6	2,0	1 %	145	50
Freigabe zur Adoption	7,4	0		149	50
schlechte Zukunftsplanung	14,6	8,0	ns	150	50
kein Problembewußtsein	14,7	6,0	ns	150	50

Vergleicht man die Daten über die früher angewendeten Verhütungsmethoden mit denen über Information von Verhütung, so erkennt man eine Diskrepanz dazwischen, daß bei Kenntnis über Kontrazeptionsmethoden dennoch keine betrieben wird. Im Diskussionsteil wird darauf eingegangen.

Tab. 22: früher angewendete Verhütungsmethoden (in %)

	keine	Pille	Kondom	Basaltemp.	Knaus-Ogino
L-Gr:	47,3	47,3	2,7	2,0	0,7
V-Gr:	28,0	68,0	2,0	2,0	0

Tab. 23: Informationen über Antibaby-Pille (in %)

	ja	nein
L-Gr:	89,9	10,1
V-Gr:	96,0	4,0

Bei der Befragung über die zukünftige Kontrazeptionsmethode stellte sich ein hoher Grad an Unkenntnis über eine Alternative zur hormonellen Verhütung heraus; und zwar war diese mangelnde Aufklärung bei den ledigen Frauen höher, was durch das niedrigere Alter zu erklären ist. Während des Interviews wurden andere Methoden (Intrauterinpessar, Sterilisation, Basaltemperaturkurve) erläutert und bei Bedarf und Wunsch ein Termin mit der Kontrazeptionsberatung vereinbart.

Tab. 24: Zukünftige Verhütungsmethode (in %)

	noch ungewiß	keine Pille	IUP	Basaltemp.	Sterilis.
L-Gr:	25,9	5,3	58,7	5,3	2,0
V-Gr:	12,0	4,0	74,0	6,0	0

In der Tabelle über die Entstehung der Schwangerschaft läßt sich der hohe Anteil der ledigen Frauen, die ohne offene und bewußte Begründung zur Schwangerschaft kommen, mit der Anzahl von Frauen zur Deckung bringen, die nicht verhüten. Außerdem demonstrieren die Zahlen, daß die Ledigen weniger oft einen ausgesprochenen Kinderwunsch äußern als die verheirateten Frauen, was nicht anders zu erwarten war.

Tab. 25: Gründe der Schwangerschaftsentstehung (in %)

	Kinder- wunsch	ohne Erkl.	Pillen- pause	Pille vergessen	Pille abgesetzt wegen Nebenwirk.
L-Gr:	29,8	44,7	10,6	7,8	7,1
V-Gr:	60,0	16,0	12,0	2,0	10,0

Beachtenswert erscheint mir dennoch der relativ hohe Prozentsatz der ledigen Frauen mit ausdrücklichem Kinderwunsch. Auf die Tatsache, daß nicht jedes nichteheliche Kind unerwünscht ist, wird in der Diskussion eingegangen. Die folgende Tabelle geht auf die Frage ein, ob das geborene Kind ein Wunschkind sei. Dies ist nicht mit dem Kinderwunsch identisch, denn wie ersichtlich wird, bezeichnen 28,0 % (25,3 + 2,7 %) der ledigen Mütter ihren Nachwuchs als Wunschkind, obwohl sicher kein bewußter Wunsch vorhanden war und die Schwangerschaft nicht geplant oder zu früh eingetreten war.

Tab. 26: Wunschkinder (in %)

	kein W.kind	nicht geplant aber W.kind	zu früh aber W.kind	Wunschkind
L-Gr:	38,0	25,3	2,7	34,0
V-Gr:	8,0	16,0	14,0	62,0

Der Zeitpunkt des Schwangerschaftsnachweises verschiebt sich bei den Ledigen deutlich in die höheren Schwangerschaftsmonate.

Tab. 27: Zeitpunkt des Schwangerschaftsnachweises (in %)

Monat:	1	2	3	4	5	6	7	8	Geburt
L-Gr:	7,7	33,8	33,8	11,0	7,7	2,1	1,4	1,4	0,7
V-Gr:	8,0	50,0	28,0	8,0	4,0	0	2,0	0	0

Verständlicherweise reagierten die Frauen der beiden Kollektive auf den positiven Schwangerschaftsbeweis sehr unterschiedlich.

Tab. 28: Erste Reaktion auf die Schwangerschaft (in %)

	negativ mit Abtreibungsged.	negativ ohne Abtreibungsged.	gleich- gültig	positiv
L-Gr:	14,0	22,7	8,7	54,7
V-Gr:	10,0	8,0	8,0	74,0

Die Angaben über die Erwägung eines Schwangerschaftsabbruchs sind mit Vorsicht zu bewerten, da bekanntlicherweise einmal zu dem Zeitpunkt der Befragung der Abbruch noch für die Frau strafbar war und zweitens eine Diskriminierung dieses Tuns von der Gesellschaft und der Kirche immer noch betrieben wird. Ich vermute, daß viel Frauen solche Gedanken aus Scham nicht geäußert haben.

Die nächste Tabelle veranschaulicht die Einstellung zur und deren Änderung während der Schwangerschaft. 31,5 % der ledigen Schwangeren änderten ihre negative Einstellung in eine positive, dennoch hatten 16,8 % der Ledigen immer ein indifferentes oder negatives Gefühl zu Schwangerschaft.

Tab. 29: Einstellung zur Schwangerschaft und deren Änderung (in %)

	immer pos.	immer in- different	immer neg.	pos. zu neg.	neg. zu pos.
L-Gr:	51,7	5,4	8,7	2,7	31,5
V-Gr:	74,0	2,0	0	0	24,0

Welche Geltung den Aussagen über Kinderwunsch und Wunschkind und über die Einstellung zur Schwangerschaft, die von den verheirateten Frauen gemacht wurden, beizumessen ist, steht dahin. Denn selbst wenn die frisch entbundene Mutter noch ein unklares Verhältnis zum Kind hat, wird sie es in den seltensten Fällen aus Angst vor

Mißverständnis den anderen sagen. In dieser Frage hat es die ledige Mutter etwas einfacher, da sie auf Verständnis für ihre Situation hoffen kann.

In bezug auf das subjektiv geäußerte Befinden während der Schwangerschaft ging es der Ledigen signifikant schlechter. Auch dies war eine zu erwartende Tatsache.

Tab. 30: Subjektives Schwangerschaftsbefinden (in %)

	besser als	sonst	unverändert	schlechter als	sonst
L-Gr:	15,3	51,3	33,3		
V-Gr:	32,0	54,0	14,0		

Überraschenderweise gaben die verheirateten Frauen mehr Schwangerschaftsbeschwerden an als die Ledigen, obwohl bei den Letzten häufiger vom Arzt Erkrankungen während der Schwangerschaft aufgezeichnet wurden (siehe Tab. 8). Auch die psychosomatisch interpretierbaren Daten sind hier bei den Verheirateten öfter. Nur an psychischen Symptomen (Launenhaftigkeit, Depression, Müdigkeit, Abgeschlagenheit) litten und unverheirateten Schwangeren signifikant häufiger (s = 2,5 %)

Tab. 31: Von den Schwangeren geäußerte Beschwerden (in%)

	keine Beschw.	psych. Leiden	Hoch- druck	Gewichtzu- nahme	Blut- ungen	Ubel- keit	Er- br.	sonst.
L-Gr:	46,0	17,3	2,7	4,7	4,7	13,4	4,0	7,3
V-Gr:	32,0	8,0	6,0	6,0	6,0	20,0	8,0	14,0

Parallel zu der Anzahl der operativen Geburtsbeendigungen fiel die subjektive Einschätzung der Entbindung bei den ledigen Kreißenden signifikant schlechter aus als in der Kontroll-Gruppe.

Tab. 32: Subjektive Einschätzung der Entbindung (in %)

	sehr leicht	leicht	normal	schwer	sehr schwer
L-Gr:	6,1	16,3	25,9	23,1	28,6
V-Gr:	0	28,0	42,0	22,0	8,0

Nur 52,9 % der ledigen Mütter wollten ihr Kind stillen. Der signifikante Unterschied läßt sich einmal durch die Anzahl der Adoptionen (11 = 7,4 %) und andererseits durch die Frauen erklären, die eine negative Einstellung zu ihrem Kind hatten (9,3 % ohne die zur Adoption freigegebenen Säuglinge). In der Tabelle 21 sind die Zukunftsplanung und das Problembewußtsein der Frauen als Einschätzung des Interviewers angegeben. Da aber die Definierung dieser Begriffe und die Wertung ihrer Inhalte sehr subjektiv und schwierig ist und auch das psychologische Gespräch als kurz anzusehen war, begäbe man sich bei der Interpretation dieser Zahlen in den Bereich der Spekulation.

d) Die sozialen und psycho-sozialen Daten der Mütter

Die folgende Großtabelle gliedert sich in die sozialen Daten der Mütter, in die psycho-sozialen Daten auf die Partner bezogen und zuletzt auf die Familie der Frauen bezogen.

Tab. 33: Soziale und psycho-soziale Daten der Mütter

	L-Gr.	V-Gr.	Sig.	L-N	V-N
<u>Soziale Daten:</u>					
ohne Religion	20,7	10,0	ns	150	50
Wohndichte pro Zimmer mehr als 1 Pers.	32,0	10,0	1 %	150	50
Miete weniger als 25 % des Einkommens	72,5	97,9	1 %	105	49
Kinder im Haushalt der Mutter mehr als 3	8,4	0	ns	144	50
Hauptschule abgeschlossen	57,3	50,0	ns	150	50

	L-Gr.	V-Gr.	Sig.	L-N	V-N
ohne Berufsausbildung	30,0	24,0	ns	150	50
Studium	12,0	4,0	ns	150	50
ohne Berufstätigkeit (Schülerin, Studentin, 53,9 Arbeitslose, Hausfrauen)		44,0	ns	150	50
Nettoeinkommen von 0-550,- DM (Hausfrauen, elternabh. Sozialhilfe, und Arbeitende)	51,7	40,0	ns	149	50
Arbeitszeit unter 8 Stunden	11,5	28,0	5 %	130	50
kein Arbeitsplatz- wechsel	30,4	36,0	ns	148	50
Arbeitssituation: un- zufrieden und gleich- gültig	12,9	8,0	ns	148	50
Berufliche Zukunft	16,7	10,0	ns	150	50

Partnerbezogene Daten:

Kein Kontakt zum Kindesvater	31,3	0		147	50
Partnerbeziehung nicht älter als 1 Jahr	17,0	4,0		141	50
positive Partner- beziehung	62,0	100,0		148	50
Nettoeinkommen des Partners unter DM 500,-	20,0	2,0		80	50
Beruf des Partners (siehe Tabelle)					
Familienstand des Partners verheiratet	6,5	100,0		124	50
Alter des Kindes- vaters (Mittelwert)	26,9	28,5 Jahre		133	50

Familienbezogene Daten:

bei den Eltern aufgewachsen					
bis zum 5. Lebensjahr	71,3	82,0	ns	150	50
bis zum 10. Lebensjahr	59,3	76,0	5 %	150	50
bis zum 15. Lebensjahr	55,3	68,0	ns	150	50
Nichteheliche Geburt der Mutter	15,3	10,0	ns	150	50

	L-Gr.	V-Gr.	Sig.	L-N	V-N
Ehe der Eltern heute noch intakt	44,4	56,0	ns	150	50
kein gutes Verhältnis zu den Eltern	12,0	8,0	ns	142	47
jetzige Mutter hat mehr als 3 Geschwister	24,0	20,0	ns	150	50
Geschwisterreihe: ältestes Kind	25,5	36,0	ns	149	50
Mutter der Befragten ist Hausfrau	37,3	54,0		142	50

Interessanterweise waren 10 % mehr ledige Frauen ohne Religionszugehörigkeit:

Tab. 34: Religionszugehörigkeit (in %)

	ohne	ev.	kath.	sonstige
L-Gr:	20,7	66,7	11,3	1,3
V-Gr:	10,0	70,0	18,0	2,0

Die ledigen Mütter befanden sich mit ihrer Wohnsituation in einer bedeutend schlechteren sozialen Lage als die verheirateten Frauen.

Tab. 35: Wohndichte (in %)

	pro Pers. mehr als 1 Zimmer	pro Pers. 1 Zimmer	pro Pers. weniger als 1 Zimmer
L-Gr:	36,0	32,0	32,0
V-Gr:	56,0	34,0	10,0

Bei dieser Berechnung wurden 1 1/2 Zimmer als 2 und 2 1/2 Zimmer als 3 angesehen mit der Überlegung, daß die Anzahl der Räume wichtiger ist als die Größe. Bei den 29 jungen Müttern, die bei ihren eigenen Eltern wohnten, wurde kein prozentualer Anteil der Miete am

Einkommen des Haupternährers errechnet, da oft weder das Nettoeinkommen noch die Höhe der Miete bekannt waren. Die folgende Tabelle veranschaulicht die bedeutend höhere finanzielle Belastung der ledigen Frauen durch die Miete:

Tab. 36: Miete in Prozent des Einkommens (in %))

	bis 10 %	11-15	16-20	21-25	über 25 %	Eigentum
L-Gr:	24,8	19,0	15,2	13,3	25,7	1,9
V-Gr:	40,8	34,7	16,3	6,1	2,0	0

Die augenfällige Kumulation in der Über-25%-Sparte erklärt sich durch die hohe Anzahl (18) der Frauen, die Sozialhilfe empfangen. Die vom Sozialamt extra bezahlte Miete nimmt immer mehr als 25 % der gezahlten Hilfe ein. Diese schlechte Wohnsituation wird durch den Kinderreichtum in den Familien der ledigen Frauen noch zusätzlich belastet.

Tab. 37: Anzahl der Kinder im Haushalt der Mutter (in%)

	0	1	2	3	4	5	6	7	mehr als 7
L-Gr:	6,9	61,8	18,2	4,9	4,9	1,4	0,7	0	1,4
V-Gr:	0	76,0	20,0	4,0	0	0	0	0	0

Die Kinder waren neben den eigenen der **jetzt befragten** Frau zumeist die Geschwister der ledigen Mutter, und die Mutter lebte noch bei den Eltern.

Obwohl die Schulbildung und die Berufsausbildung in das Schema der sozialen Schicht einfließt, sollen diese beiden wichtigen Kriterien einzeln und differenziert analysiert werden.

Tab. 38: Schulausbildung der Frauen (in %)

	Sonder- schule	Hauptsch. o. Abschl.	Hauptsch. mit Abschl.	Realsch. o. / mit	Gymn. ohne	Abit	
L-Gr:	7,3	10,7	39,3	4,0	18,5	2,0	12,0
V-Gr:	4,0	2,0	44,0	0	40,0	4,0	6,0

Diese Tabelle muß mit Vorsicht interpretiert werden. Nicht alle Frauen, die ohne Haupt-, Real- oder Ober- schulabschluß angeführt werden, haben ihre Schulausbil- dung abgebrochen. Ein Teil von ihnen ging nach der Entbindung wieder zur Schule. Die Altersabhängigkeit dieser Angaben ist augenscheinlich. Die Zusammensetzung der verheirateten Frauen war nicht dem Zufall über- lassen, denn mit dem Bestreben einer Homogenisierung der sozialen Herkunft von Ledigen und Verheirateten wurden letztere nach ihrem Beruf herausgesucht (siehe Methode). Der Beruf setzt natürlich immer eine bestimmte Schulbildung voraus. Beachtenswert ist der hohe Prozent- satz von Abiturientinnen unter den ledigen Müttern. Im Diskussionsteil werden wir auf diese Gegebenheit zu- rückkommen.

Tab. 38: Berufstätigkeit der Frauen (in %)

	Schüle- rin	Studen- tin	Arbei- terin	Fachar- beiterin	Mitt. Ang.	HöH. Ang.	HöH. Beamt.	Selbst.
L-Gr:	16,0	7,3	24,0	9,3	23,3	2,0	2,0	2,7
V-Gr:	4,0	6,0	26,0	14,0	44,0	0	0	0

Unter den ledigen Frauen waren 13,3%(20) Hausfrauen; hier gab ich die frühere Berufstätigkeit an. Dasselbe unternahm ich bei den Ehefrauen (14 Hausfrauen = 28,0 %). Für diese Tabelle gelten die gleichen Einschränkungen wie für die letzte; die Altersabhängigkeit ist offen- sichtlich durch die hohe Zahl der ledigen Schülerinnen. Die Homogenität ist nur teilweise erreicht. Über die Vergleichbarkeit werden wir im Zusammenhang mit dem Schichtmodell von Scheuch eingehen.

Tab. 39: Netto-Einkommen der Mutter (in %)

	0	bis 550	551-800	801-1000	1001-1500	1501-2000	über
L-Gr: 18,8	32,9	15,4	8,1	18,1	4,0	2,7	
V-Gr: 24,0	16,0	26,0	4,0	30,0	0	0	

In der Gruppe, die kein Einkommen bezog, sammelten sich unter den ledigen Frauen die elternabhängigen Schülerinnen und bei den Verheirateten die Hausfrauen. Die Kumulation in der 550,-DM-Stufe bei den Ledigen kommt durch die große Zahl (20) der Frauen zustande, die auf Hilfe zum Lebensunterhalt (Sozialhilfe) angewiesen sind. Die 26,0 % in der Verheirateten-Gruppe mit einem Einkommen von 550,- bis 800,- DM erklärt sich durch eine hohe Halbtagsbeschäftigung. Offensichtlich ist eine Gruppe der Ehefrauen überrepräsentiert, nämlich die Frauen mit Realschulabschluß, mit einem mittleren Angestelltenverhältnis und mit einem eigenen Einkommen von 1001,- bis 1500,- DM.

In der Arbeitsplatzsituation zeigt sich der Unterschied, daß verheiratete Frauen öfter Halbtagsbeschäftigungen nachgingen, daß die Ledigen etwas öfter den Arbeitsplatz wechselten und daß sie häufiger gleichgültig oder unzufrieden ihrer Arbeit gegenüberstanden.

In den beiden Kollektiven war die zukünftige Beschäftigung verständlicherweise unterschiedlich.

Tab. 40: Berufliche Zukunft der Mütter im Vergleich zur bisherigen Tätigkeit T (in %)

	Haus- frau	schlechterer Beruf	gleich. Beruf	Weiterf. d. Ausbildung	besserer Beruf
L-Gr: 22,7		10,7	40,0	18,0	8,7
V-Gr: 74,0		0	16,0	10,0	0

Mit Erstaunen kann man den unerwartet kleinen Anteil bei den Ledigen entdecken, die wegen der Geburt ihres

nichtehelichen Kindes ihre Ausbildung abbrechen, bzw. in einem schlechteren Beruf als früher arbeiten müssen. Die psycho-sozialen Daten, die den Partner und den Kontakt zu ihm betreffen, zeigen bei den Ehefrauen verständlicherweise Wiederholungen auf. Dennoch sollen sie mit erwähnt werden.

Der Kontakt zwischen den Eltern des Neugeborenen stellt sich dar in

Tab. 41: Kontakt von Kindesmutter zu Kindesvater (in %)

	keinen	vorhanden wohnen o. o. wohnen Heiratsabs.	wohnen m. Heiratsabs.	verheirat
L-Gr:	31,3	25,9	20,4	22,4
V-Gr:	0	0	0	100

Die Länge der Partnerbeziehung zum Zeitpunkt der Entbindung zeigt die Verteilung von

Tab. 42: Partnerbeziehung zum Zeitpunkt der Entbindung (in %)

	keine	kürzer als 1 Jahr	länger als 1 Jahr
L-Gr:	31,2	17,0	51,8
V-Gr:	0	6,0	94,0

Auf die Frage, wie die junge Mutter ihre Beziehung zum Partner einschätze, kamen die Antworten:

Tab. 43: Einschätzung der Partnerbeziehung

	negativ	indifferent	positiv
L-Gr:	17,6	20,3	62,2
V-Gr:	0	0	100,0

Obwohl sicher auf bei den Eheleuten Schwierigkeiten in der Beziehung auftraten, ist die einstimmige Beteuerung über die gute Qualität der Ehe durch die Situation zu

verstehen, die die Geburt des Nachkommen ergibt. Viele ledige Frauen stehen beim selben Anlaß dem Partner, bedingt durch ihre unsichere Stellung als ledige Mutter, kritischer gegenüber. Nur 80 ledige Frauen wußten über das Nettoeinkommen des Partners eine Auskunft.

Tab. 42: Nettoeinkommen des Partners (in %)

DM	bis 500	501-750	751-1000	1001-1500	1501-2000
L-Gr:	20,0	5,0	21,2	22,5	13,8
V-Gr:	2,0	0	4,0	46,0	32,0
DM	2001-2500	über 2500			
L-Gr:	7,9	9,9			
V-Gr:	8,0	8,0			

Die Partner der ledigen Mütter lebten in einer finanziell unsicherern Lage als die Ehemänner, was sich durch die Verteilung in den unteren Gehaltsgruppen deutlich zeigt.

Tab. 44: Beruf des Partners (von 135 der Ledigen bekannt)
(in %)

	Schüler	Student	Arbeiter	Facharbeiter	mittl.Angst.
L-Gr:	6,7	10,4	19,2	16,3	11,1
V-Gr:	0	2,0	28,0	20,0	34,0
	höh.Angest.	mittl./hoh.Beamter	selbstst.	arbeitsl.	
L-Gr:	10,4	5,2	14,0	6,7	
V-Gr:	4,0	8,0	2,0	2,0	

Es zeigt sich eine bedeutend weitere Streuung in den Berufen der Partner lediger Frauen, was von einer Altersabhängigkeit herrührt. Denn diese Männer sind im Mittelwert zwar jünger (26,9 Jahre) als die Ehemänner (28,5 Jahre), die Standardabweichung ist bei ersteren aber bedeutend größer (9,031 zu 6,125), ebenso die Varianz (81,6 zu 37,5).

Der Familienstand des Kindesvaters war natürlich nur bei den nichtehelichen Kindern von Belang.

Tab. 45: Familienstand des Partners (in %)

	ledig verheiratet		geschieden	getrennt lebend
L-Gr:	65,5	6,5	24,2	4,0
V-Gr:	0	100,0	0	0

Die Angaben über die Familiensituation in der eigenen Kindheit veranschaulichen, daß die ledigen Mütter häufiger in unvollständigen Familien aufgewachsen sind als die Ehefrauen. Auch heute waren bei den Eltern lediger Mütter mehr Ehen zerstört.

Die ledigen Mütter waren selbst etwas häufiger nicht-eheliche Kinder gewesen als die verheirateten Mütter.

Das Verhältnis zu den eigenen Eltern und die Bevorzugung eines Elternteils zeigen keine nennenswerten Unterschiede in den untersuchten Kollektiven.

Da sich Geschwisteranzahl und Geschwisterreihe in den beiden Gruppen ungefähr entsprechen, sind keine psychologischen Schlüsse aus diesen Ergebnissen zu ziehen.

Tab. 46: Anzahl der Geschwister der Mütter (in %)

	keine	1	2	3	mehr als 3
L-Gr:	18,0	25,3	24,7	10,7	13,3
V-Gr:	18,0	28,0	26,0	12,0	8,0

Tab. 47: Position in der Geschwisterreihe (in %)

	keine Geschw.	älteste	zwischen- gestellt	jüngste
L-Gr:	18,1	25,5	30,2	26,2
V-Gr:	18,0	36,0	26,0	20,0

e) Ergebnisse des FPI (Freiburger Persönlichkeitsinventar)

Der vollständige Fragebogen mit seinen 114 Items ist im Anhang abgedruckt, ebenso die 12 Skalen mit ihren Begriffspaaren. Die Auswertung durch den Computer ergab eine prozentuale Zusammenfassung von hohen, mittleren und niedrigen Testwerten der einzelnen Skalen. Mittlere Testwerte werden als unauffällig für die entsprechende Persönlichkeitsdimension der Skala interpretiert. Die folgende Tabelle gibt die Verteilung in den beiden untersuchten Gruppen in bezug auf die extremen Testwerte an, die schon den entsprechenden Begriffspaaren zugeordnet werden.

Folgende Aussagen können getroffen werden:

(Tab. 50, siehe S.52)

zu 1)

Mehr ledige Mütter sind psychosomatisch gestört als die verheirateten.

zu 2)

Signifikant mehr ledige Probanden sind aggressiv gestimmt und zeigen emotionale Unreife als Verheiratete, wenn auch innerhalb der Ledigen-Gruppe sich die Anzahl der Aggressiven mit denen der Nicht-Aggressiven die Waage hält.

zu 3)

Depressive und selbstunsichere Stimmungslagen finden sich bei ledigen Müttern signifikant häufiger. Die Ehefrauen zeigen einen deutlich höheren Grad an Zufriedenheit.

zu 4)

Mehr Ledige sind ruhiger und weniger erregbar und frustrierbar als die verheirateten Mütter.

Tab. 50: Der gesamte FPI (N-L = 138, N-V = 50) (in %)

	L-Gr: V-Gr:			L-Gr: V-Gr:		Sig.
1. psychosom. gestört	27,5	16,0	psychosom. nicht gestört	25,4	14,0	5,0
2. aggressiv emotional unreif	21,0	6,0	nicht aggressiv beherrscht	22,5	28,0	2,5
3. selbstunsicher, mißstimmig	29,7	18,0	selbstsicher, zufrieden	23,2	36,0	5,0
4. reizbar leicht frustriert	12,3	20,0	ruhig, stumpf	22,5	16,0	ns
5. ungesellig zurückhaltend	14,5	16,0	gesellig, lebhaft	32,6	30,0	ns
6. selbstvertrauend, gutgelaunt	15,9	28,0	irritierbar zögernd	26,1	28,0	ns
7. nachgiebig gemäßigt	42,8	30,0	reaktiv aggressiv, sich durchsetzend	14,5	12,0	ns
8. gehemmt gespannt	26,8	32,0	ungezwungen kontaktfreudig	16,7	8,0	ns
9. verschlossen, unkritisch	26,1	8,0	offen, selbstkritisch	11,6	20,0	1,0
10. introvertiert	18,1	26,0	extrovertiert	18,8	22,0	ns
11. emotional stabil	24,6	32,0	emotional labil	15,9	16,0	ns
12. typisch männliche Selbstschilderung	15,2	6,0	typisch weibliche Selbstschilderung	27,5	30,0	ns

zu 5)

Viele Frauen sind gesellig. In bezug auf diese Skale zeigt sich kein Unterschied zwischen den Kollektiven.

zu 6)

Weniger ledige Mütter haben ein gelassenes Wesen, selbst vertrauend und gutgelaunt, als die Kontroll-Mütter.

zu 7)

Ein Großteil der Frauen zeigt erwartungsgemäß einen nachgiebigen Charakter, also ein geringeres Dominanzstreben. Dies taucht aber bei den Ledigen häufiger auf.

zu 8)

Offter sind die verheirateten Mütter gehemmt und weniger erzwungen als die ledigen.

zu 9)

Verschlossenheit und unkritisches Verhalten lassen sich bei den ledigen Befragten häufiger nachweisen.

zu 10)

Gleichviel Frauen sind extrovertiert, wenn auch bedeutend mehr Verheiratete Introvertiertheit aufweisen.

zu 11)

Sehr viel weniger unverheiratete Mütter stellen sich emotional stabil dar.

zu 12)

Erwartungsgemäß schildern sich in beiden Kollektiven relativ viele Frauen typisch weiblich, während sich unter den Ledigen ungefähr doppelt soviel Frauen typisch männlich darstellen als in dem Kontroll-Kollektiv.

Zusammenfassend kann man sagen, daß deutliche Unterschiede in der psychischen Struktur der beiden zu vergleichenden Gruppen zu erkennen sind, wenn sie auch nur in den Skalen 1, 2, 3 und 9 Signifikanz aufweisen.

Die Ergebnisse des FPI müssen auch mit einiger Vorsicht interpretiert werden, denn bei bestimmten Skalen ist eine Alters- oder eine Geschlechtsabhängigkeit augenscheinlich und im FPI-Handbuch benannt. So ist die Skala 2 (Aggressivität), 9 (Offenheit), 10 (Extraversion) vom Alter beeinflußt; junge Probanden sind häufiger aggressiv und emotional unreif, verschlossen und unkritisch und extrovertiert. Die Skalen 1 (Nervosität), 6 (Gelassenheit), 7 (Dominanzstreben), 8 (Gehemtheit) und 9 (Offenheit) sind geschlechtsabhängig; Frauen sind

psychosomatisch gestörter, nicht so oft gelassen, dominant und ungezwungen wie Männer. Das Alter ist sicher ein Grund für die relativ hohe Anzahl von ledigen Müttern in den Skalen 2 und 9. Dieses Argument trifft trotzdem der Altersparallelisierung der beiden Gruppen zu, denn erfahrungsgemäß gibt es nur wenige 15-, 16- und 17-jährige verheiratete Frauen. Da alle Probanden Frauen sind, können sich die geschlechtsspezifischen Verschiebungen nur in beiden Kollektiven gleichzeitig vollziehen.

3. Ergebnisse des Vergleichs der Daten lediger, alleinstehender Mütter mit nichtalleinstehenden Müttern

Um die oben erklärte Hypothese, daß der medizinische und psychische Verlauf der Schwangerschaft und der Geburt bei ledigen Frauen, die sich in einem Gruppenverband (Partnerbeziehung, eigene, alte Familie) befinden, günstiger ausfällt als bei alleinstehenden Frauen, an unserem Material zu untersuchen, wurde folgende Datenanalyse vollzogen. Die ledigen Frauen wurden für zwei Untersuchungsgänge in jeweils zwei Gruppen unterteilt. Der erste Vergleich stellte die ledigen Mütter ohne Partnerbeziehung (44) denen mit Partnerbeziehung (97) gegenüber. Die zweite Analyse versuchte Unterschiede festzustellen, ob ledige Frauen, die alleine wohnen, ein schlechteres Befinden zeigen als Frauen, die zwar auch ledig sind, aber in einem Gruppenverband leben. Die Frage lautet, ob der Wohnzusammenhang eine wichtige psychosoziale Stütze darstellt, wichtiger als die Partnerbeziehung selbst. Denn unter den 44 ledigen Frauen, die allein wohnen, befinden sich wenige, die dennoch einen Partner haben, und unter den 106 ledigen Frauen, die mit mehreren Personen zusammenwohnen, leben nur 63 mit ihrem Partner in einer Wohnung. Beide Analysevorgänge wurden noch mit den Daten der verheirateten Mütter verglichen, um eine eventuell vorhandene Rangfolge in den Untergruppen feststellen zu können. Als erstes soll der Vergleich der Untergruppen "Ledig, ohne Partner" mit "Ledig, mit Partner" dargestellt werden.

In den medizinischen Daten über Mutter und Kind finden sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Ledigen-Gruppen, die die Hypothese bestätigen könnten. Auch Tendenzen lassen sich nur in wenigen Parametern nachweisen.

Tab. 51: Medizinische Daten (positive Auswahl) (in %)

	ledig, ohne Partner (44)	ledig, mit Partner (97)	verheiratet(50)
Medikamenten- einnahme w. SS	79,5	70,5	72,0
Anzahl der SS- wochen weniger als 38	27,9	22,0	16,0
Erkrankungen des Kindes	36,4	33,0	20,0

So muß für diese Untergruppen die aufgestellte Hypothese in bezug auf eine günstigere medizinische Situation von Müttern mit Partnerbeziehung verworfen werden.

Bei den Angaben der Mutter über Schwangerschaft und Entbindung stellt sich ein anderes Bild dar.

Tab. 52: Subjektive Angaben der Mütter (positive Auswahl)
(in %)

	ledig, o. Partner (44)	ledig, m. Partner (97)	verh. (50)	Sig.
keine Verhütung	54,5	43,3	28,0	ns
keine Vorstellung über zuk. Verhütung	29,5	21,6	12,0	ns
kein Kinderwunsch vor SS-Beginn	92,9	38,5	60,0	1 %
Wunschkind nach SS-Beginn	43,2	69,1	92,0	1 %
Kein Wunschkind	56,8	30,9	8,0	1 %
negat. Reaktion auf SS	54,5	30,9	18,0	1 %
negat. u. negat. werdende Einstl. zur SS	31,8	8,3	2,0	1 %

Ohne großartige Neuigkeiten zu verkünden, kann man aus dieser Tabelle die subjektiv schlechtere psychische Situation der alleinstehenden Schwangeren ablesen. Die geringere frühere und zukünftige Verhütung bei den Ledigen ohne Partner ist keine altersabhängige Erscheinung, denn innerhalb der Ledigen-Gruppe verteilte sich das Alter homogen. Vielmehr ist die "relative" Unnötigkeit zur Verhütung als Grund anzusehen, da kein ständiger Partner vorhanden ist.

Die sozialen Fakten unterschieden sich in diesen Ledigen-Kollektiven nicht nennenswert. Über die sozialen Daten des Partners herrschte natürlich bei den Frauen ohne Freund eine hohe Uniformiertheit. Die emotionale Haltung gegenüber dem Kindesvater fiel bei den Alleinstehenden erwartungsgemäß schlechter aus. Die familienbezogenen, psychosozialen Informationen sind in den beiden Ledigen-Gruppen nahezu identisch. Allein in der psychischen Verfassung während der Schwangerschaft und Entbindung zeigt sich ein signifikanter Unterschied, der sich nicht in psychosomatischer Hinsicht auf die medizinische Situation der Frauen auswirkt; hier werden keine Differenzen zwischen den Ledigen mit und ohne Partner wahrnehmbar.

Als zweites sollen die Ergebnisse des Vergleichs zwischen allein wohnenden Müttern und ledigen Müttern, die im Gruppenverband leben, aufgezählt werden. Wie oben erwähnt, wird der Gruppenverband entweder durch den Partner oder durch die eigene Familie der ledigen Mutter oder durch eine Wohngemeinschaft mit anderen, annähernd gleichaltrigen Freunden (in 10 der Fälle) gebildet. In folgenden medizinischen Daten haben sich Differenzen feststellen lassen können.

Tab. 53: Medizinische Daten (positive Auswahl) (in %)

	alleinwohn. ledig (44)	in Gruppe wohn. (106)	Sig.	verh.
Besuche der SS- Vorsorge 3 x u. weniger	59,2	49,1	ns	10,0
SS-Wochen bei Geburt weniger als 38	27,9	23,0	ns	16,0
Erkrankungen des Kindes	38,6	32,1	ns	20,0
Geburtsdauer weniger als 5 Std.	50,0	55,7	ns	68,0

Auch in diesem Vergleich kann man von einer Bestätigung der Arbeitshypothese nicht reden, wenn auch die Tendenzen der obigen Daten nicht nur zufällig erscheinen. Unter den Ergebnissen der subjektiven Angaben der Mütter erstaunt eine Tatsache, nämlich daß alleinwohnende Frauen überraschend häufig vor der Schwangerschaft Kinderwunsch äußerten.

Tab. 54: Subjektive Angaben der Mütter über Schwangerschaft (in %)

	alleinwohn. ledig	in Gruppe wohn.	Sig.	verheir.
kein Kinderwunsch vor SS-Beginn	65,8	71,8	ns	40,0
dennoch Wunschkind nach SS-Beginn	54,5	64,1	ns	92,0
neg. u. neg. werdende Einst. zur SS	25,7	13,3	ns	2,0
schlechtes SS- Befinden	45,5	28,3	1 %	14,0

Über die psychische Verfassung der alleinwohnenden ledigen Mütter können weniger definitiv Aussagen getroffen werden als über die Ledigen ohne Partner. Die Gruppe alleinwohnender Mütter scheint in ihrer psychischen

Selbstschilderung somit sehr inhomogen zu sein. Auf dieses Phänomen, als auch auf den höheren Kinderwunsch dieser Frauen wird in der Diskussion eingegangen. In bezug auf die sozialen und psychosozialen Daten der alleinstehenden Ledigen im Vergleich können keine nennenswerten Differenzen angegeben werden.

4. Ergebnisse von drei Korrelationsanalysen

Die dritte Arbeitshypothese beinhaltet die Vermutung, daß ein bestimmtes negatives psychisches Befinden während der Schwangerschaft in Interdependenz mit medizinischen Risikofaktoren bei Mutter und Kind steht. Die gleiche Wechselbeziehung soll in bezug auf die Persönlichkeitsstruktur, die sich aus der Auswertung des FPI ergibt, untersucht werden. Die letzte Analyse korreliert die soziale Schicht mit den medizinischen Auffälligkeiten. In diesem Fall werden die Ergebnisse der Ledigen-Gruppe mit denen der Verheirateten-Gruppe verglichen, um die in der Literatur berichtete Abhängigkeit von medizinischen Geburtskomplikationen und sozialer Schicht zu bestätigen oder zu widerlegen.

a) Korrelation zwischen subjektiv geäußerter Einstellung zur Schwangerschaft und medizinischen Auffälligkeiten

Folgende für den psychischen Zustand der werdenden Mutter zu bewertende Angaben wurden mit den gegenübergestellten medizinischen Auffälligkeiten korreliert.

Einstellung zur Schwangerschaft	korreliert mit	Erkrankungen während der Schwangerschaft
erste Reaktion auf den Schwangerschaftsnachweis		operative Geburtsbeendigung
Wunschkind		Gewicht des Kindes
subjektives Schwangerschaftsbefinden		Reifegrad des Kindes
subjektive Schwangerschaftsbeschwerden		Erkrankungen des Kindes
Einschätzung der Mutter über ihre Beziehung zum Kindesvater		

Hinter diesem Arbeitsgang steht die Überlegung, daß sich eine bewußt negative Haltung zur Schwangerschaft und zum Kind eventuell direkt über den Mechanismus der Psychosomatik auf die intrauterine Entwicklung des Kindes und auf den Geburtsablauf auswirkt. Diese nur die direkte, psychische Lage der Frau berücksichtigende Hypothese konnte bis auf eine Interdependenz nicht bestätigt werden: Der physiologische und anatomische Reifegrad des Neugeborenen scheint eine Abhängigkeit zum seelischen Zustand der jungen Mutter zu haben.

Bei den verheirateten Müttern zeigt sich bei dieser Variablen eine gleiche Tendenz. Diese Zahlen können zu der vagen Behauptung führen, daß eine geringe Korrelation zwischen dem Reifegrad des Kindes und dem subjektiven Empfinden gegenüber der Schwangerschaft besteht. Je schlechter das Befinden und die Einstellung zur Schwangerschaft, desto größer die Gefahr, ein unreifes Kind zu gebären. Die Aussage ist aber mit höchster Vorsicht zu verwenden, weil sich in allen anderen Kreuztabellen keine Wechselbeziehungen aufweisen lassen.

b) Korrelation zwischen den Skalen des FPI und medizinischen Auffälligkeiten

Die Kreuztabellen dieser 2. Analyse setzen sich aus den 12 Skalen des FPIs, die bestimmte Persönlichkeitsstrukturen aufzeigen sollen, und den 5 oben aufgezählten medizinischen Komplikationen zusammen. Die Suche ist auf eine Abhängigkeit von bestimmten Persönlichkeitscharakteristika mit medizinischen Risikofaktoren ausgerichtet. Im Gegensatz zu der psychisch bewußten Lage der Mutter in der ersten Korrelationsanalyse, soll hier ein der Frau eher unbewußter Teil der Psyche berücksichtigt werden. Aber die 5 Skalen Nervosität, Aggressivität, Depressivität, Erregbarkeit und emotionale Labilität, die für die Fragestellung dieser Arbeit von Wichtigkeit sind, ergeben in den Kreuztabellen keine

Aussagen, d.h., es herrscht eine prozentuale Gleichverteilung oder sogar der Hypothese widersprechende Aussagen. Da die Verteilungsmuster bei den Tabellen der Verheirateten ein mit dem der Ledigen nicht vergleichbares oder interpretierbares Ergebnis zeigen, kann man die These aufstellen, daß dieser Persönlichkeitstest für eine Korrelationsanalyse der hier zur Diskussion stehenden Fragen nicht zur Verwendung kommen kann. Die Hoffnung, mit diesem psychodiagnostischen Mittel eine Möglichkeit zur Hand zu haben, mit der man in bezug auf Schwangerschaft und Geburt medizinisch gefährdete Mütter selektieren kann, ist mit den Ergebnissen dieser Untersuchung nicht erfüllt worden.

c) Korrelation zwischen den sozialen Schichten und den medizinischen Auffälligkeiten bei ledigen und verheirateten Müttern

Diese Korrelationsanalyse wurde aus zwei Gründen durchgeführt. Erstens wollten wir die in der Literatur angegebene Beziehung von der Schichtzugehörigkeit zu den Frühgeburten (15, S. 342 und 18, S. 365) überprüfen und zweitens wollten wir beobachten, ob sich in dieser Korrelation Unterschiede zwischen den beiden untersuchten Gruppen herausfinden. Die Tabellen sind mit Vorsicht zu interpretieren, da durch die zweifache Aufsplitterung (nach Schicht und nach medizinischen Daten) die absolute Anzahl in den einzelnen Feldern sehr klein wird.

Tab. 55: Schicht und medizinische Auffälligkeiten bei den ledigen Müttern

	uU(46)	oU(22)	uM(16)	mM(38)	oM(18)	O(10)
Erkrankung w. der SS	34,8	50,0	75,0	34,2	44,4	10,0
operative Be- endigung der Geburt	34,8	13,6	18,8	26,3	55,6	40,0
Gewicht des Kindes unter 2500 g	15,2	22,7	12,5	13,2	11,1	20,0
Mangel- und Frühgeborene	21,7	27,3	25,0	13,2	16,7	20,0
Erkrankung des Kindes pp	34,8	27,3	31,2	23,7	55,6	50,0

Den Vergleich zwischen den beiden Kollektiven kann man meines Erachtens nicht durchführen, da die Schichtverteilung innerhalb der Gruppe verheirateter Frauen unvollständig ist. Summarisch ist das Ergebnis der Tabelle folgendermaßen zusammenzufassen:

Am häufigsten erkranken Frauen der unteren Mittelschicht und der oberen Unterschicht während der Schwangerschaft.

Eine operative Geburtsbeendigung fand bemerkenswerterweise am häufigsten bei der oberen Mittelschicht und der Oberschicht statt, gefolgt von der unteren Unterschicht.

Untergewichtige Kinder wurden am häufigsten in der oberen Unterschicht, danach in der Oberschicht geboren.

Mit einem ungenügenden physiologischen und anatomischen Reifegrad wurden die meisten Säuglinge der oberen Oberschicht und der unteren Mittelschicht geboren.

Die Kinder der oberen Mittelschicht und der Oberschicht erkrankten am häufigsten in der perinatal und post-

natalen Periode.

In den Daten über Gewicht und Reifegrad des Neugeborenen bestätigten sich die Angaben aus der Literatur tendenziell: die unteren Schichten (untere und obere Unterschicht und untere Mittelschicht) zeigen eine leichte Kumulation an untergewichtigen und unreifen Kindern auf. Zu diskutieren ist die signifikant hohe operative Geburtsbeendigung bei den Kreißenden der oberen Schichten, welches auch die Ursache für die hohe Erkrankungsrate der Neugeborenen in diesen Schichten zu sein scheint. Wie Marsch (7, S. 85) ebenfalls feststellte, kann der Grund für dieses Phänomen in dem relativ höheren Alter und geringeren Parität der gebärenden Akademikerinnen liegen, sowie in der größeren ärztlichen Obhut und Vorsicht diesen Kreißenden gegenüber (iatrogener Effekt).

Diskussion

1. Die medizinische Situation

Im ersten Teil dieser Arbeit, in der Literaturdiskussion, wurde anhand von statistischem Material über die Situation der Säuglingssterblichkeit und Frühgeburtenrate von Kindern lediger Mütter berichtet. Verständlicherweise kann durch die dieser Arbeit zugrunde liegende Untersuchung keine bestätigenden Aussagen zur Totgeburtenrate und Säuglingssterblichkeit gemacht werden, da erstens die Größe der klinischen Gruppe (150) zu gering ist und zweitens die Säuglinge nicht ein Jahr beobachtet wurden, der Zeitraum, der in die Definition der Säuglingssterblichkeitsrate eingeht.

Die höhere Rate an frühgeborenen Kindern bei unverheirateten Müttern ließ sich in unserer Forschungsarbeit bestätigen. Sowohl nach geburtshilflicher Definition (Schwangerschaftsabbruch vor der 39. Woche), als auch nach der von der WHO bestimmten pädiatrischen Definition (Geburtsgewicht des Kindes unter 2500 g) zeigten sich bei den ledigen Müttern eine signifikant höhere Frühgeburtslichkeit (siehe Tab. 7 und 17). Die letzteren Angaben sind eindeutig objektiver und somit aussagekräftiger, da in bezug auf Dauer der Schwangerschaft⁺ die irrtümlich falsche Angaben der Frauen mit eingehen. Von G. Martius wird nach der WHO-Definition eine allgemeine Frühgeburtenhäufigkeit von 5-15 % vorgegeben, während Butler und Bonham in der englischen Statistik von 1962 eine Frühgeburtenrate von 6,7 % errechneten. In unseren Kollektiven hatten die ledigen Frauen in 15,3 % und die Ehefrauen in 4,0 % der Fälle ein Kind mit weniger als 2500 g geboren. Auch die Angaben über die Größe der Kinder, die physiologischen und anatomischen Reifezeichen und die Häufigkeit der perinatalen und postnatalen Erkrankungen der Kinder weisen eine

deutlich schlechtere Situation der nichtehelichen Neugeborenen auf.

Um Gründe für diese Tatsachen zu finden, kann man zuerst die Anamnese der Mütter bezüglich medizinischer Hinweise auf schädigende Einflüsse auf das Ungeborene und materne Risikofaktoren untersuchen. Frühere Erkrankungen, die eine Schwangerschaft erschweren könnten, und Komplikationen früherer Schwangerschaften, die eine Disposition vermuten lassen könnten, treten in beiden Gruppen gleich häufig auf. Die ledigen Frauen haben sich signifikant häufiger Interruptiones unterzogen, deren Einfluß auf spätere Schwangerschaften unter den Wissenschaftlern immer noch diskutiert wird. Allerdings gaben verheiratete Frauen häufiger Aborte an, die auch als Risiko für spätere Schwangerschaft angesehen werden können. Die Neigung zu Nikotin, Medikamenten und Alkohol während der Schwangerschaft kann bei ledigen Frauen öfter vermerkt werden, als bei verheirateten. Wenn auch die Unterschiede gering sind und nur bei dem mäßigen Alkoholismus eine Signifikanz aufzeigen, so muß die schädigende Wirkung dieser Noxen anerkannt und als eine Ursache angesehen werden. Die deutlich geringere Frequenz der Schwangerenvorsorgeuntersuchungen unter den ledigen Frauen ist mit Sicherheit auch als ein Grund für schlechtere, postpartale Situation der Neugeborenen anzuerkennen, denn der Sinn solcher Vorsorgeuntersuchungen liegt in der frühestmöglichen Entdeckung etwaiger Risikofaktoren für Kind und Mutter. Jedoch scheint es falsch zu sein, daraus die Konsequenz zu ziehen, daß alleine ein häufiger Besuch in den Vorsorgestellen das größere Risiko für nichteheliche Kinder vermeiden könnte. W. James zitiert Backhausens Arbeit aus Dänemark (unveröffentlicht), in der sie schreibt, daß jede Schwangere ein Recht auf 10 kostenlose Untersuchungen hat und daß fast alle Frauen in der Stadt und 3/4 auf dem Land dieses Recht nutzen! Daraus leitet sie ab, daß die höhere Totgeburtenrate

nicht durch die medizinischen Untersuchungen vermindert werden kann, und daß dieses Faktum einen psychogenen Ursprung haben wird (23, S. 815). Die DDR und Frankreich scheinen die Wichtigkeit der Vorsorge zu beweisen: hier, wo niedrigere Quoten bei der Säuglingssterblichkeit gemeldet werden, werden bestimmte finanzielle Zuwendungen bei der Geburt von dem Nachweis lückenloser Vorsorgeuntersuchungen abhängig gemacht (40). Die Bedeutsamkeit einer regelmäßigen und frühzeitigen Vorsorge ist nicht zu leugnen. Die Gründe für den seltenen Besuch lediger Schwangerer werden später diskutiert. Während der Schwangerschaft leiden die Unverheirateten häufiger an Erkrankungen und gerade an solchen, die, wie in der Literaturdiskussion nachgewiesen, psychosomatisch interpretierbar sind, zum Beispiel Gewichtszunahme in hohem Maß, EPH-Gestosen, Übelkeit und Erbrechen und der Beginn vorzeitiger Wehen. Diese Ergebnisse sind jedoch mit Vorsicht zu interpretieren, da die absolute Anzahl sehr gering ist. Unter der Geburt zeigt sich zwar kein vermehrter Anlaß zur Wehenunterstützung und kein vermehrter Medikamentenverbrauch bei den ledigen Kreißenden, aber die Geburtsdauer ist bei ihnen länger und sie wird signifikant häufiger operativ beendet. Diese Geburtskomplikationen sind zum Teil Ursache für die "Lebensschwäche" der nichtehelichen, zum Teil auch Wirkung, denn im Falle der intrauterinen Asphyxie wird die Geburt so schnell als möglich beendet.

Zu den psychosomatisch erklärbaren Schwangerschaftserkrankungen paßt die größere Nervosität und Störbarkeit der ledigen Frauen, die mit signifikanter Häufigkeit in der Skala 1 des FPI erscheint. Die Ursache für den höheren Nikotin-, Alkohol- und Medikamentenkonsum, sowie die Gründe für die wenigen oder völlig unterlassenen (19,3 % der Ledigen) Vorsorgebesuche sind im psychosozialen Bereich der Schwangeren zu suchen.

2. Die psychische Situation

An dieser Stelle sei eine kritische Bemerkung über die vorliegenden Untersuchungen gestattet. Da das zu erforschende Gebiet durch seinen interdisziplinären Charakter sehr weit gesteckt ist, konnte eine ausgiebige psychische Exploration in Einzelproblematiken nicht durchgeführt werden. So waren tiefreichende Informationen über die Psyche der Mütter wegen der einmaligen und relativ kurzen (1-2 Std.) Gespräche nicht zu erhalten. Ein nötiges Vertrauen hätte aufgebaut werden müssen, um glaubhafte Auskünfte über intra- und interpersonelle Probleme erkunden zu können. Außer diesem mangelnden Vertrauen bestand bei den Müttern kein "Leidensdruck", der sie hätte veranlassen können, sich zu öffnen, wie es in psychoanalytischen Gesprächen sonst der Fall ist.

Der oben erwähnte Nikotin- und Alkoholkonsum kann als indirekter Ausdruck von psychischer Labilität gewertet werden. Diese Labilität liegt natürlich nicht bei allen ledigen Müttern vor. Im weiteren wird ein Versuch der erklärenden Differenzierung innerhalb des Ledigen-Kollektivs unternommen. Der Labilität können mehrere, sicherlich nicht immer trennbare Ursachen zu Grunde liegen. Sie kann zunächst Ausdruck eines Konflikts zwischen dem eigenen bewußten Handeln und Tun⁺⁾ der widersprechenden Umwelt sein; andererseits kann sich der Konflikt intrapersonell zwischen den bewußten und unbewußten Bedürfnissen abspielen. Im Zusammenhang mit dem Thema dieser Arbeit liegt der Konfliktstoff im unbewußten, unreflektierten oder verdrängten Kinderwunsch.

Ein typischer Fall für eine Frau mit unbewußtem und unreflektierten Kinderwunsch zeigt sich in dem jungen, emotional unreifen, selbstunsicheren und unkritischen Mädchen, eine altersabhängige psychische Konstellation, die sich durch signifikante Unterschiede im FPI (Skalen 2,3 und 9) zu den verheirateten Frauen belegen läßt.
+)und

Für den unbewußten Kinderwunsch spricht das häufige Vergessen der Pille (7,8 %), dafür spricht außerdem, daß, obwohl nur 10,1 % der ledigen Frauen keine Informationen über Anti-Baby-Pillen haben, 47,3 % der Frauen keine Verhütungsmethoden anwendeten. Die mangelnde Reflexion über einen Kinderwunsch demonstriert sich in den Gründen für die Schwangerschaftsentstehung: 44,7 % der Mütter gab an, daß sie keinen Grund wüßten ("einfach so"). Die psychoanalytisch ausgerichtete Literatur zu diesem Thema weist mehrere einleuchtende Erklärungen auf. Schon vor knapp 30 Jahren sah Helene Deutsch das auch noch heute auftretende Problem unter folgendem Gesichtspunkt: "Den häufigsten Typus der illegitimen Mutter... bildet das junge, noch in der Aufwühlung der Adoleszenz befindliche Mädchen... Das Einsamkeitsgefühl der Adoleszenz steigert sich manchmal zu einer Depression und zum Gefühl der Öde, von der eine Flucht zum Leben, zum Aufreizenden und Verbotenen ergriffen wird. Besonders junge Mädchen, bei denen das Einsamkeitsgefühl durch den Mangel an Zärtlichkeit in der Umgebung gesteigert hat, neigen zu einer solchen unkontrollierten zur Mutterschaft führenden Hingabe. Das sexuelle Begehren des Mannes wird mißverständenerweise für Zärtlichkeit gehalten, und das eigene Bedürfnis nach Zärtlichkeit schafft die Bereitschaft zur Mutterschaft mit ihrer großen Befriedigungsmöglichkeit für die zärtlichsten aller Gefühle." (27, S. 236) Ähnlich wie Helene Deutsch sieht D.O. Lewis die psychische Verfassung der von ihm psychiatrisch untersuchten schwangeren Schulmädchen: "The commonest feeling conveyed by these pregnant girls can be characterized as emotional emptiness and yearning for closeness." (x) (41, S. 22) Oft verknüpft sich mit dem Bedürfnis nach Zärtlichkeit und Geborgenheit das der Sicherheit nach einer festen und stabilen Beziehung. So kann man sicherlich einem Teil

(x) "Der häufigste Gefühlseindruck, den diese schwangeren Mädchen vermitteln, kann als eine emotionale Leere charakterisiert werden und ein Verlangen nach Geborgenheit."

der Frauen, die keinen Grund zur Schwangerschaftsentscheidung angaben, zugestehen, daß sie bewußt oder unbewußt mit der Schwangerschaft den Partner an sich binden oder eine eventuell gebrochene Beziehung kitten wollten.

Fallbeispiel: Mangel an Zärtlichkeit

Frau G. ist 16 Jahre alt, ledig, ohne Beruf nach Abschluß der Hauptschule und hat im Dezember 75 in der Frauenklinik entbunden.

Frau G. wurde als Tochter eines Lagerwarts geboren. Im Alter von 2 Jahren starb ihre Mutter an Unterleibskrebs und sie kam zu ihrer Großmutter. Mit drei Jahren wurde sie zu ihrem Vater zurückgebracht, nachdem dieser neu geheiratet hatte. Sie hatte keine Geschwister. Die Eltern, besonders der Vater, schlugen Frau G. oft, erzogen sie streng und ließen ihr keine Freiheiten. Frau G. wehrte sich gegen die Eltern und kam so im Alter von 14 Jahren in ein Heim für Mädchen: "Ich sah selbst ein, daß das für mich das beste war!" 1 1/2 Jahre lang sah sie ihre Eltern nicht. Im Heim erlitt sie "hysterische Anfälle" und sollte ins Heim für Schwererziehbare. In dieser Zeit, mit 15 Jahren, hatte sie ihren ersten intimen Freund. Vom Heimarzt bekam sie die Anti-Babypille. Da der Verdacht auf häufig wechselnden Geschlechtsverkehr bestand, wurde sie in ein halbgeschlossenes Heim gebracht. Jetzt lernte sie ihren "Verlobten" kennen. Diesen Freund, den sie seit 1 1/2 Jahren kennt, sieht sie als "Partner, Beschützer, Vaterersatz" an, sie akzeptiert alles von ihm. Der Arzt gab ihr keine Pille mehr und es kam zur Schwangerschaft. Frau G. floss aus dem Heim und zog zu ihrem Freund. Hier wurde sie vom Jugendamt in sicher schwangerem Zustand gefunden und wurde gleich ins Heim für ledige Mütter gebracht, da "das Gerücht umging, sie habe schon 7 Abtreibungen vornehmen lassen". Aus diesem Heim kam sie wegen vorzeitiger Wehen ins Krankenhaus, vonwoaus sie wieder weglief, um bei ihrem Freund unterzukommen. Ein Fürsorger befürwortete dies, und es gelang ihm, den erziehungsberechtigten Vater, der die Tochter im Heim sehen wollte, dazu zu bringen, diesen Wohnverhältnissen zuzustimmen. Seit September 1975 wohnt sie legal bei ihrem Freund. Die Heirat ist noch nicht beabsichtigt. Sie "fühlt sich noch zu dumm für die Ehe" und ihr Freund hat noch "Schulden, die er nicht mit in die Ehe bringen will". Angeblich hat sich die Beziehung zu den Eltern durch das zu erwartende Kind verbessert. Die Schwangerschaft, die im 2. Monat festgestellt wurde, wollte sie auf Drängen des Freundes zuerst abtreiben und sie schluckte zu diesem Zweck Tabletten. Jetzt lehnt sie wegen ihres strengen katholischen Glaubens ("...und egal wie alt die Schwangerschaft ist, für mich ist es Mord!") die Unterbrechung ab. Außerdem "wünschte ich mir schon immer etwas, was ich umhegen und umpflegen

kann". Während der Schwangerschaft erkrankte Frau G. zweimal (Lebererkrankung, Cervixinsuffizienz). Sie hat sich immer schlecht gefühlt, zuerst mußte sie sich immer erbrechen, dann war sie bis zum Schluß der Schwangerschaft "unendlich müde, was Konflikt mit meinem Verlobtem gab".

Die medizinisch gesehen komplikationslose Entbindung, die in die 37. Schwangerschaftswoche fiel, wurde von Frau G. als sehr schmerzhaft und schwierig angesehen, so daß sie eine Periduralanästhesie verabreicht bekam. Frau G. war äußerst unruhig ("Mami, hilf mir"). Der 2600 g schwere Junge mußte sofort in die Kinderklinik gebracht werden, da er an einer schweren postpartalen Cyanose litt. Frau G. bekam im Wochenbett noch hohes Fieber und die Episiotomienahnt heilte sekundär. Eine Beziehung zum Kind hat sie wegen der Trennung noch nicht aufgebaut.

Das Kind soll von ihr versorgt werden, denn sie "weiß noch nicht, ob sie überhaupt eine Lehre machen will". Im Februar 1976 wurde das Kind von der Sozialfürsorge ins Krankenhaus gebracht: wegen starker Dystrophie, es wog mit 2 Monaten 2750 g.

Im FPI schildert Frau G. sich psychosomatisch gestört, selbstunsicher, gehemmt und eine deutliche Tendenz zur Nachgiebigkeit. Frau G. macht während des Interviews einen altklugen, aber unsicheren Eindruck. Sie hat eine große Anpassungsfähigkeit. Der Aufmerksamkeit, die ihr durch die Befragung erteilt wurde, begegnete sie mit einem divahaftem Benehmen. Die von ihr selbst geschilderte Beeinflußbarkeit war nur zu bestätigen.

Für einen verdrängten Kinderwunsch zeigen sich folgende Daten interpretierbar: 1. die häufigeren früheren Schwangerschaftsabbrüche; zu diesem Zeitpunkt hat die rationale Einsicht in die schwierige Situation als ledige Mutter über den Kinderwunsch geherrscht und 2. die Tatsache, des Schwangerschaftsnachweises nach dem 3. Monat (24,7 % der Ledigen), obwohl nur bei 13,9 % der Frauen keine Vermutung einer eventuellen Schwangerschaft vorlag. Durch ein solches Verhalten schützte sich die werdende Mutter vor der Erwägung eines legitimen Schwangerschaftsabbruchs, da die Frist eindeutig verstrichen war.

Der Kinderwunsch wird aber auch von 29,8 % der unverheirateten Mütter offen und bewußt ausgesprochen. In dieser Gruppe lassen sich wieder zwei Persönlichkeits-

strukturen unterscheiden. Der eine Typ ist tatsächlich alleinstehend und weist im FPI (Skala 12) eine maskuline Charakterstruktur auf, dieser Typ ist sich der Lage bewußt, H. Deutsch beschreibt und erklärt es so: "Eine andere Gruppe illegitimer Mütter erkennt zwar nicht die Schwierigkeit der Realität, ist jedoch bereit mit derselben auf allen Linien fertig zu werden, um das Kind als ihr "Eigentum" zu behalten. Das sind dieselben aggressiven Frauen, die als legitime Mütter zu nachgiebig werden, weil das Kind ihre aggressive Männlichkeit auf diesem weiblichen Umweg befriedigen soll: "...Ich habe ein Kind, das ich selbst geboren habe, ich bin seine Mutter und Vater. Ich brauche keinen Mann, um ein Kind auf die Welt zu bringen und ich will auch keinen!" (27, S. 241)

Fallbeispiel: Ersatz für Partner

Frau M. ist 31 Jahre alt, ledig, Krankenpflegehelferin, hat Januar 1976 in der Frauenklinik entbunden. Der Vater von Frau M. starb, als sie 1 Jahr alt war. Die Mutter, die als geistig und finanziell führend in der jetzigen 2. Ehe geschildert wird, betrachtete Frau M. im Alter von 10 Jahren als eine "Bedrohung für ihre Ehe" und schickte die Tochter zu Verwandten. Hier verlebte Frau M. eine schlechte Zeit von 4 Jahren, in denen sie ihre Mutter nur einmal im Jahr besuchte. Mit 14 Jahren kehrte sie nach Hause zurück, wo sie bemerkte, daß die Bedenken der Mutter Berechtigung hatten, denn ihr Stiefvater wollte mit ihr den Beischlaf ausüben. Danach ging sie von allein weg. (Ein Traum von Frau M. schildert die Beziehungen: Sie liegt auf einem Tisch und ist ihrem Stiefvater ausgeliefert. Die Mutter steht daneben. Da will der Vater ihr heißes Wasser zwischen die Beine gießen. Die Mutter läßt es ohne Einspruch zu. Frau M. ist entsetzt.) Mit 17 1/2 Jahren lernte sie einen 32 Jahre alten, verheirateten Mann kennen, mit dem sie das erste Mal verkehrt. Die Sexualität ist nicht mehr befriedigend für sie. Als sie sich von ihm lösen wollte, redete er ihr ein, sie könne ohne ihn das Leben nicht schaffen. Nach anfänglichem Glauben wehrte sie sich schließlich nach 11 Jahren und trennte sich von ihm. Danach hatte sie mehrere kürzere Männerfreundschaften, von denen sie aber meistens enttäuscht war. Seit 1 1/2 Jahren kennt Frau M. den Vater ihres Kindes, den sie wie einen Verwandten ansieht, der für alles da ist. Er ist 23 Jahre alt. Sie empfindet die mangelnde Emotionalität als störend, auch

"spielt sich alles genital ab, statt auf den ganzen Körper bezogen." Sie plant die Zukunft nicht mit ihm und will ihn nicht mit dem Kind belasten. Drei Jahre lang hat Frau M. die "Pille" genommen. Jetzt will sie sie nie mehr nehmen, "ich fühle mich im Großexperiment". Kondome und Zyklusberechnung verhinderten nicht, daß Frau M. drei Mal schwanger wurde und auch drei Abbrüche auf sich nahm. Neben der Pille lehnt sie auch das IUP ab ("so ein Ding da im Bauch"). Die jetzige Schwangerschaft war voll geplant, sie will das Kind auch völlig alleine aufziehen. Sie war hocheifreut über die Empfängnis, hat sich aber die Schwangerschaft schöner vorgestellt. Bis auf eine Pyelonephritis ging es ihr körperlich ganz gut, aber sie hatte große Ängste, deren Ursache sie auf ihre Arbeitsstelle schob (eine geschlossene psychiatrische Frauenabteilung). Drei Mal besuchte sie die Schwangerenvorsorgestelle.

In der 40sten Woche kam sie mit einem Blasensprung und Wehen zur Entbindung, die nach kurzer Dauer wegen fehlender Herztöne beim Kinde mit dem Vakuumextraktor beendet werden mußte. Frau M. hatte es sich anders vorgestellt. "Ich wollte es souveräner machen!" Das Mädchen wog 3450 g, erholte sich nach einer leichten Asphyxie sehr schnell.

Frau M. will noch den Beruf als Hebamme erlernen und bald Berlin verlassen. Bis dahin will sie entweder in einer Wohngemeinschaft wohnen, wo auch ihr Kind versorgt werden kann, oder sie bemüht sich um eine Hauspflege, da sie selber arbeiten gehen muß.

Frau M. zeigt in der Auswertung des FPI in fast allen Skalen eine Mittelstellung. Lediglich eine Tendenz zur Aggressivität, zur emotionalen Stabilität, zur männlichen Selbstdarstellung und deutlicher zur Nachgiebigkeit läßt sich aufweisen.

Während des Interviews macht Frau M. einen etwas deprimierten, aber reflektierten Eindruck. Eine Enttäuschung über das ganze männliche Geschlecht war deutlich. Sie scheint ihre Lage nicht ohne weiteres meistern zu können.

Der andere Frauentyp mit bewußtem Kinderwunsch entspricht einer Tendenz unserer Zeit: die Ehe wird für die Gründung einer Familie und somit für die Geburt eines Kindes nicht mehr als notwendig erachtet. Diese Frauen leben in einem eheähnlichen Partnerverhältnis. Hierauf wird später noch genauer eingegangen.

3. Die psychosoziale Situation

Wie auch immer der intrapersonelle Konflikt gelagert ist, die ledige Mutter befindet sich mit der Geburt ihres nichtehelichen Kindes im Zwiespalt mit der herrschenden gesellschaftlichen Vorstellung von Mutterschaft, Partnerschaft und Familie. Dieser Konflikt wirkt sich für die alleinstehende Mutter als "Sozialstreß" aus, wie Harmsen und Franke es benennen (6, S. 2263). Der deutsche Bundestag schließt sich dieser Meinung an: "Die Übersterblichkeit bei nichtehelich geborenen Kindern ist keineswegs etwa alleine auf mangelnde Sorgfalt der Mütter zurückzuführen, sie erleiden bereits vor der Geburt Schädigungen, die sich in einem um durchschnittlich 750 g niedrigeren Geburtsgewicht niederschlagen... Hier wird soetwas wie ein "Sozialstreß" wirksam, der offensichtlich aus gesellschaftlichen Einflüssen, insbesondere der sozialen Verurteilung herrührt und sich so stark psychosomatisch auswirkt, daß er sogar in den intrauterinen Schutzraum des werdenden Kindes ausstrahlen kann." (42, S. 10) Adelheid Skambraks beschreibt in ihrem Aufsatz: "Gedanken zum neuen Unehelichenrecht" die Auswirkung der sozialen Verurteilung auf die psychische Situation der Schwangeren: "Die Verlogenheit der Gesellschaft ist ungeheuerlich und schein unauflösbar: Jeder weiß, daß bereits 15-jährige Mädchen sich die Pille besorgen können, wenn jedoch aus einer Liebschaft zwischen zwei Menschen ein Kind entsteht, ist das Geschrei und die Verurteilung groß... Eine Umwertung aller Werte erfolgt hier: was gemeinhin als "freudiges" Ereignis gilt, ist jetzt ein unfreudiges, meist sogar trostloses. Das, was sonst das Glück einer Ehe ausmacht, ist hier ein Unglück. Die Liebe zwischen Mann und Frau, die im Nachwuchs ihre "Krönung" erfährt, wird zu etwas Negativem: man hat sich dieser Liebe zu schämen!" (43, S. 184)

Diese emotionale Stimmungslagen werden durch den offenen oder durch den indirekten Druck der Umwelt erzeugt. Folgende Verhaltensweisen demonstrieren den sozialen Druck, dem einige Frauen unseres Kollektivs unterworfen waren:

Ein 17-jähriges Mädchen wurde von ihren Eltern von der Bundesrepublik zur Entbindung nach West-Berlin geschickt. Das Kind wurde zur Adoption freigegeben. Ebenfalls ein sehr junges Mädchen mußte auf Geheiß seiner Eltern die letzten Monate der Schwangerschaft im Heim für ledige Mütter verbringen, "damit es in der Straße keiner merkt und keiner nach dem Kind fragt". Auch dieser Säugling wurde weggegeben. Mehrere Frauen kauften sich für den Aufenthalt im Krankenhaus einen Ehering, um beim Stationspersonal und den anderen Wöchnerinnen nicht aufzufallen.

An Hand der in der vorliegenden Untersuchung durchgeführten Interviews kann die psychische Verfassung der ledigen Frauen dargestellt werden, die ein Ausdruck des sozialen Drucks in direkter und indirekter Form ist. Wie oben erwähnt, vermischt sich der individuelle Konflikt mit dem gesellschaftlichen, so daß natürlich nicht einfach geschlossen werden darf: Weil die Schwangere besonders spät zum Arzt geht, ist sie dem Sozialstreß besonders stark ausgesetzt. Dennoch wird der Wunsch nach Geheimhaltung ihres Zustandes die ledigen Schwangere dazu führen, daß sie später als die verheirateten Frauen den Schwangerschaftsnachweis vollziehen läßt (75,3 % der Ledigen, 86,0 % der Verheirateten gehen in den ersten 3 Monaten zum Nachweis), daß 19,3 % der Nichtverheirateten die Vorsorgestelle überhaupt nicht besuchten. Nur 70,5 % der ledigen Frauen (im Gegensatz zu 84,0 % der Verheirateten) ließen sich von einem niedergelassenen Arzt behandeln. Junker hat in seiner Erhebung von 1967 herausgefunden, daß 67 % der ledigen Mütter ihre erste Schwangerschaft so lange wie möglich

geheim zu halten versuchen.

45,3 % der ledigen Schwangeren reagierten auf den positiven Schwangerschaftsnachweis negativ. 16,8 % der klinischen Gruppe behielten ihre ursprünglich negative Einstellung zum werdenden Kind bei.

Nur 38,0 % der nichtehelichen Kinder werden nicht als Wunschkind bezeichnet (8 % der ehelichen Kinder).

Diese hohe Anzahl von Nichtwunschkindern könnte sicherlich einerseits durch die Akzeptierung nichtehelicher Kinder durch unsere Gesellschaft gesenkt werden, andererseits durch eine liberalere Anwendung der legalen Schwangerschaftsunterbrechung, denn 14,0 % der Frauen ohne Ehemann hatten Abtreibungsgedanken. Obwohl auch die verheirateten Frauen in 10,0 % einen Interruptio erwogen hatten, so änderte sich bei ihnen in einem bedeutend höheren Prozentsatz die Einstellung zum Kind ins Positive (siehe Tab. 29).

Das subjektive Befinden der Frauen während der Schwangerschaft ist ein direkter Ausdruck der psychosozialen Situation. 33,3 % der Ledigen (nur 14,0 % der Verheirateten) fühlten sich während der Zeit schlechter als sonst, obwohl sie konkret weniger Beschwerden angaben als die Ehefrauen. Die Frauen der klinischen Gruppe litten signifikant häufiger an psychischen Beschwerden wie Depressionen und Abgeschlagenheit. Man kann diese Zahlen dahingehend interpretieren, daß sie die zukünftige, diffamierende Lage als ledige Mutter noch nicht bewußt verarbeitet haben, so daß sie sich während der Tragezeit psychisch und physisch unwohl fühlten. Dieselbe Erklärung kann die Tatsache erfahren, daß 45,9 % der ledigen Kreißenden die Entbindung als schwer bezeichneten (30,0 % der anderen). Ein Ausdruck der Gefühlsambivalenz gegenüber dem Kind ist die Bereitwilligkeit der Mütter zum Stillen: nur 52,6 % der ledigen wollen gerne stillen, bei den verheirateten sind es 79,2 %. Keine Ambivalenz drückt sich mehr in der

Adoptionsquote aus; die 7,4 % (= 11 Säuglinge) der Kinder, die zur Adoption freigegeben wurden, sind Ausdruck der Einschätzung, nicht mit der Situation als ledige Mutter zu Rande zu kommen.

Fallbeispiel: Nur noch eine Möglichkeit - Adoption

Frau E. ist 24 Jahre alt, ledig, Stationshilfe, sie hat im Januar 1976 in der Frauenklinik entbunden. Frau E.'s Mutter war 19 Jahre alt, als sie als drittes Kind geboren wurde. Sie bekam noch zwei weitere Geschwister. Zur Mutter hatte Frau E. nur eine oberflächliche Beziehung, da diese wegen der großen Anzahl der Kinder "keine Liebe geben konnte". Der Vater, ein Arbeiter, zog sie als einziges Mädchen zwar vor, hatte aber auch keine Zeit. Weil sie einen eigenen Willen hatte, galt sie unter den Geschwistern als etwas Besonderes. Frau E. besuchte die Hauptschule, wollte unbedingt Tierpflegerin werden. Als dies nicht gelang, war ihr der Beruf vorerst egal und sie ging vom 14. bis zum 17. Lebensjahr in die Fabrik. Dann hatte sie "Angst zu verblöden", verläßt die Fabrik und das Elternhaus. ("So haben wir ein Problem weniger, wenn die Tochter weg ist") war die Reaktion der Eltern. Sie wohnte dann bei ihrem Verlobten, dem sie auch den Haushalt führte. Nach 1 1/2 Jahren mit ihm fühlte sie sich "eingeengt" und brach die Beziehung ab. Sie zog nach Frankfurt, wo sie zuerst ein Jahr im Hotelgewerbe tätig und anschließend ein Jahr arbeitslos war. In dieser Zeit fühlte sie sich sehr einsam, zog in eine Wohngemeinschaft und fand hier Anschluß an eine Gruppe, die sich mit gesellschaftspolitischen Themen beschäftigte. Besonders das "Negerproblem" beschäftigte sie, so daß sie beschloß, "aus Protest gegen die Gesellschaft nur mit einem Neger zusammen einen Mischling gebären zu wollen, um zu beweisen, daß ein Negerkind auch ohne Diskriminierung aufwachsen könne". Nach Berlin zurückgekehrt lernte sie einen Neger aus der US-Army kennen, mit dem sie 1 Jahr zusammen war. Die Abneigung gegen die Anti-Baby-Pille bewirkte eine unregelmäßige Einnahme, so daß es zur Schwangerschaft kam. Ihr Freund wollte nach Amerika zurück und war außerdem nicht "ihr Typ"; denn er lebte einfach in den Tag hinein, während sie die aufkommenden Probleme angehen will. So setzte sie ihn nicht unter Druck, sie zu heiraten oder in Berlin zu bleiben. Da es zur Abtreibung schon zu spät war (4. Monat), beschloß sie ziemlich bald, das Kind wegzugeben. Ihr Freund war empört und wollte es mit zu seinen Eltern in die USA nehmen. Verschwand aber bald darauf, ohne sich zu verabschieden und ohne etwas von sich hören zu lassen. Während der Schwangerschaft fühlte sie sich körperlich sehr gut, besuchte nur einmal die Vorsorgestelle. Ihr Entschluß, das Kind zur Adoption freizugeben, stand schon lange vor der Geburt fest. Als Gründe werden von ihr die schwierige finanzielle Lage

(sie hat keinen gelernten Beruf) und die fehlende Beziehung genannt, "denn wenn ich schon einen Mischling großziehen will, so kann ich dies nicht alleine, denn so kommt zur Benachteiligung eines Schwarzen noch die eines Nichtehelichen". Darüber hinaus fühlt sie sich nicht in der Lage, dem Kind das zu geben, was sie selbst von ihren Eltern nicht bekommen hat: Liebe und Zuneigung. Die Entbindung, die in die 38. Schwangerschaftswoche fiel, wurde als sehr schnell und leicht empfunden. Sie hat ihr Kind nicht gesehen. Das Wichtigste ist, "daß das Kind eine sichere Zukunft hat, die ich ihm nicht bieten kann". Der Junge war 2970 g schwer und erlitt eine postpartale Asphyxie, von der er sich schnell erholte.

Frau E.'s dringlichstes Anliegen war es, nach der Entbindung einen richtigen Beruf zu erlernen. Sie wollte die Ausbildung als Krankenschwester in diesem Jahr beginnen.

Der FPI stellt eine gesellige, nachgiebige, ungezwungene und emotional stabile Frau dar, die eine Tendenz zur Extraversion und männlicher Selbstschilderung zeigt. Auch Selbstvertrauen tritt als Eigenschaft auf.

Im Gespräch zeigte sie eine intelligente und differenzierte Denkweise, die aber offensichtlich eine gewisse Unlogik beinhaltet. Sie antwortete genau und freundlich, erzählte aber nicht aus eigenem Anlaß, sondern nur auf Fragen. Sie wirkte selbstsicher, wenn sie auch bei einigen Fragen feuchte Augen bekam.

Wenn auch die Korrelationsanalyse von psychischem Befinden mit medizinischen Auffälligkeiten (4a) kein positives Ergebnis liefert, so kann man dennoch eine Beziehung vermuten, die sich nicht in der hier angewandten einfachen Form darstellen läßt.

Die Exploranten dieser Arbeit stellten die Hypothese auf, daß die Auswirkung der moralischen Diskriminierung und sozialen Verurteilung auf die Frau durch eine partnerschaftliche Beziehung zum Kindesvater angewendet werden kann, daß die psychische Unterstützung den Verlauf der Schwangerschaft und der Geburt positiv beeinflusst. Auch wurde diese Unterstützung bei den jungen Mädchen vermutet, die weiterhin in ihrer Familie lebten; denn oft ließ sich unter diesen jungen Müttern eine emotionale Wärme in der Beziehung zu den Eltern feststellen, sowie das Gefühl der Selbstverständlichkeit ihrer Situation gegenüber. Wie Tab. 51 und 52 beweisen, zeigt sich unter den Ledigen mit Partner eine bessere psychische Verfassung, aber ein gleicher Anteil an

Komplikationen wie bei den Frauen ohne Partner. So könnte man hieraus schließen, daß nicht die individuelle Beziehung zu einem Partner für die Senkung der Komplikationsrate bei ledigen Schwangeren ausschlaggebend sein kann, und daß der Einfluß des "Sozialstress" nicht oder nur teilweise durch eine emotionale Geborgenheit aufgefangen werden kann. Zu bedenken ist, daß eine ausgiebige Exploration und damit objektive Einschätzung der Partnerbeziehung aus den oben (Diskussionsteil 2) genannten Gründen nicht stattfinden konnte, so daß keine Auswahl unter den Ledigen mit Partner getroffen werden konnte, eine Auswahl, die die "Eheähnlichkeit" der Beziehung beschriebe. Denn die Vermutung, liegt nahe, daß diese Frauen eine Zwischenstellung einnehmen zwischen den sonstigen Ledigen und den Ehefrauen. Auf diese Gruppe Frauen soll noch später eingegangen werden.

Neben der hier abgehandelten moralischen Verurteilung lediger Mütter muß noch die materielle Diskriminierung Erwähnung finden. Es ist schwierig für eine ledige Mutter, eine Wohnung in annehmbarer Größe zu finden, einen Krippenplatz sowie eine Arbeit zu bekommen. Obwohl schon bekannterweise die Frauen weniger verdienen als Männer, erhalten ledige Mütter, die außer sich selbst noch ihr Kind ernähren müssen, oft einen noch geringeren Lohn, denn ein eventuelles Fehlen, bedingt durch die Erkrankung des Kindes, wird vom Arbeitgeber ökonomisch berücksichtigt. Die materielle Situation wird noch dadurch verschärft, daß viele Frauen schon aus sozial niedrigeren Schichten kommen. Dies wird im nächsten Abschnitt abgehandelt.

Es sei gestattet, noch eine Überlegung über die Gründe der Diskriminierung anzuschließen. In unserer Gesellschaft wird die Ehe als allein gültige Form des Zusammenlebens angesehen. Sie ist zur Norm erhoben worden. So werden Vorstellungen über andersartige Lebensgemeinschaften und deren Praxis nicht ohne moralische Verur-

teilung geduldet. Diese fehlende Toleranz der Gesellschaft führt gezwungenermaßen zur Diskriminierung der Frauen, die gewollt oder ungewollt der Norm nicht entsprechen.

Andere Länder zeigen eine Möglichkeit zur Veränderung dieser Zustände. Dr. H. Fenge, Ministerialrat im Gesundheitsministerium, erwähnt in seinem Beitrag auf dem Loccum Kongress (1971) neue Entwicklungen aus den skandinavischen Ländern, die bekannterweise eine sehr niedrige Säuglingssterblichkeitsrate aufweisen: "Die Zahl der unehelich geborenen Kinder in einigen nordischen Ländern ist im Anstieg begriffen, wobei man diese Kinder angesichts der verbesserten Empfängnisverhütungsmethoden und der größeren Möglichkeit zu legaler Abtreibung kaum als unerwünscht glaubt ansehen zu können. Es besteht die Vermutung, daß sich hier nicht so sehr die Zahl der alleinstehenden Elternteile erhöht als vielmehr die Zahl der Paare, die ohne Eheschließung mit ihren Kindern zusammenleben." (44, S. 87)

Auch die Deutsche Demokratische Republik kann in diesem Zusammenhang erwähnt werden. H. Harmsen schrieb eine vergleichende Studie über die beiden deutschen Staaten. Die Ergebnisse wurden in der oben genannten Bundestagsdrucksache verwendet und können folgendermaßen zitiert werden:

"Wie in Vergleich mit anderen Staaten, insbesondere der DDR zeigt, kann ein Abbau der gesellschaftlichen Vorurteile und damit eine soziale Gleichstellung dieser Mütter mit den verheirateten Müttern den Erfolg haben, daß die Zahl der Säuglingstodesfälle rapide sinkt." (42, S. 10)

4. Die soziale Situation

In der einleitenden Literaturdiskussion wurde ausgiebig der Einfluß der sozialen Lage auf die Frühgeburtlichkeit dargestellt: in den niederen sozialen Schichten werden

die Säuglinge häufiger zu früh geboren. Dies wurde als ein Grund für die fast doppelt so hohe Säuglingssterblichkeitsrate bei ledigen Müttern anerkannt, da sie öfter aus diesen Schichten stammen (zu 60 %, 44, S. 3). Wie in den Ergebnissen deutlich wird, konnte das Bestreben, die beiden untersuchten Gruppen in ihrer sozialen Struktur (Schule, Einkommen, Beruf) homogen zu gestalten, nicht mit vollem Erfolg durchgeführt werden. So ist dieser Risikofaktor noch immer für die Ledigengruppe als größer anzusehen als für die Verheirateten. Andere Daten über die soziale Situation zeigen auch eine bedeutende Benachteiligung der ledigen Mütter. Diese Mütter müssen zu 32,0 % ihr Zimmer mit einer zweiten Person oder gar mehreren teilen, bei den verheirateten sind es nur 10,0 %. Nicht die absolute Miete ist interessant, sondern ihre Relation zum Einkommen: 25,7 % der ledigen Mütter müssen mehr als 25 % ihres Einkommens für die Miete aufbringen (von den verheirateten nur 2,0 %). Es gibt weniger Ledige, die eine Halbtagsstelle haben, und mehr Ledige, die mit ihrer Arbeitssituation unzufrieden sind, als die Ehefrauen. Die hohe Anzahl der Frauen ohne Beruf erklärt sich bei den Unverheirateten durch die zahlenmäßig stark vertretenen Schüler- und Studentinnen (23,3 % der Ledigen, 10,0 % der Ehefrauen); auch gibt es unter den Ledigen öfters Arbeitslosigkeit; doch ist zu bemerken, daß sich Ehefrauen nach dem Verlust ihres Arbeitsplatzes eher Hausfrauen nennen werden als die ledigen Frauen, da für sie Berufstätigkeit durch den Verdienst ihrer Männer nicht unbedingt notwendig ist und sie sich deshalb nicht arbeitslos melden müssen.

Durch die nach Scheuch durchgeführte Schichteinteilung, die die Schulbildung und den Beruf der Befragten und das Einkommen des Haupternährers berücksichtigt, konnte eine interessante Verteilung in der klinischen Gruppe beobachtet werden: die Verteilung (Tab. 48) zeigt offensichtlich im Vergleich zu der Normalverteilung der

Bevölkerung einen Doppelgipfel auf. Einerseits finden sich besonders viele Frauen der unteren Unterschicht (klinisches Kollektiv: 30,4 %, Scheuch-Angaben: 19,5 %) das dem altbekannten Bild der jungen ledigen Mutter aus schlechten sozialen Verhältnissen entspricht; sie verdient weniger als DM 550,- (32,9 % der Ledigen), sie hat nur Sonderschulabschluß oder die Hauptschule nicht bis zum Abschluß besucht (18,0 % der Ledigen, 6,0 % der Verheirateten), sie lebt oft in ihrer alten Familie und muß ihr Zimmer mit anderen teilen, nach der Schwangerschaft verschlechtert sich ihre berufliche Situation oder sie bricht die Ausbildung ab (10,7 % der ledigen Mütter, 0 % der Ehefrauen).

Andererseits sind überdurchschnittlich viele Frauen ohne Ehemann der oberen Mittelschicht und der Oberschicht zugehörig, was einer neuen Tendenz unserer Zeit Ausdruck gibt. (Klinische Gruppe: 18,7 %, Scheuch-Angaben: 8,6 %). Sie verdienen über DM 1500,- (6,7 % der Ledigen, 0 % der Verheirateten), sie haben das Abitur absolviert (12,0 % Ledige, 6,0 % Verheiratete), sie verbessern sogar ihre berufliche Situation (8 %) oder machen ihre Ausbildung weiter (18,0 % der Ledigen, 10,0 % der Ehefrauen). Auch der Kinderwunsch von 29,0 % unter den Ledigen wird häufig gerade von diesen Frauen ausgesprochen. Es sind die schon öfters erwähnten Frauen die in einem eheähnlichen Verhältnis leben, die ohne rechtlich anerkannte Ehe eine Familie gründen. In

In den Informationen über den Kindesvater zeichnet sich ebenfalls diese neue Gruppe von ledigen Müttern ab: 20,4 % der Frauen des klinischen Kollektivs wohnen mit ihrem Partner ohne Heiratsabsicht zusammen; 51,8 % kennen ihren Partner schon länger als 1 Jahr, was in gewisser Hinsicht eine Stabilität der Beziehung voraussetzt, 62,2 % der ledigen Mütter bezeichneten ihre Beziehung zum Partner als gut.

Fallbeispiel: Neue Lebensform

Frau D. ist 21 Jahre alt, ledig, Studentin der Anglistik und hat im Dezember in der Frauenklinik Charlottenburg entbunden.

Sie ist die Tochter eines Angestellten, ihre Mutter übt keinen Beruf aus. Ihre Jugend hat sie in ihrem Heimatdorf verbracht. Frau D. schildert ihr Verhältnis zu der Mutter als gut und eng mit der Begründung, daß die Mutter ihr frühzeitig große Freiräume gestattete und sie sich so akzeptiert fühlte. Der Vater war nicht wichtig. Nach dem Abitur ging sie nach Berlin, um ihr Studium anzufangen. Sie war 18,5 Jahre alt und lernte ihren jetzigen Freund kennen. Ein 1/4 Jahr später zogen sie mit anderen Studenten (ebenfalls ein Paar) zusammen, Jetzt kennen sie sich 2 1/2 Jahre.

Ihr Freund, ein Jurastudent, wird von ihr als offen charakterisiert, im Gegensatz zu ihr, die verschlossen sei. Ihre Beziehung schildert sie positiv, "nur zur Zeit sind wir zu wenig unterwegs, hocken zu viel aufeinander." Auch auf dem Gebiet der Sexualität werden nur kleine Konflikte erlebt, ihr Zärtlichkeitsbedürfnis ist manchmal größer als seins, Eine Heirat ist nicht beabsichtigt, sie wird als "institutionalisierte Form des Zusammenlebens" angesehen. Die zukünftige Wohnform soll eine Gemeinschaft mit anderen Paaren und Kindern sein.

Vier Monate vor der Empfängnis setzte Frau D. mit der Anti-Baby-Pille aus, die sie 3 Jahre ununterbrochen genommen hatte. Zur Verhütung wurde die Knaus-Ogino-Methode angewandt. Ein Kinderwunsch bestand schon, aber nicht zu diesem Zeitpunkt. Als die Schwangerschaft im 2. Monat durch einen Gynäkologen festgestellt wurde, erwog das Paar alle Vor- und Nachteile eines Abbruchs und entschied sich gemeinsam, das Kind zu behalten. Der vorhandene Kinderwunsch und die "unheimliche Freude" über die Existenz der Schwangerschaft waren die ausschlaggebenden Punkte. Die körperliche und seelische Verfassung während der 9 Monate war ausgesprochen gut, sie besuchte 7 mal die Vorsorgestelle und es wurden keine Erkrankungen registriert. In der 40igsten Woche kam sie mit einem Blasensprung in die Klinik. Da die Wehen nicht einsetzten, wurde die Geburt eingeleitet. Frau D. beschrieb die Eröffnungsphase als schmerzhaft, die Austreibungsphase war "phantastisch". Sie gebär ein 3210 g schweres Mädchen in voller physiologischer und anatomischer Reife. Sie stillt das Kind auf jeden Fall. Das Kind bleibt bei den Eltern; der Studienstundenplan wird von beiden so eingerichtet, daß immere einer das Kind versorgen und hüten kann. Frau D. machte während des Interviews einen selbstsicheren und emotional stabilen Eindruck. Sie deckte mit kritischer Reflexion ihre Situation auf, auch ihre Beziehung zum Partner wurde nicht idealisiert. Ihre selbstgeschilderte Verslossenheit schien sie während des Gesprächs etwas überwunden zu haben. Der FPI bestätigt die vom Interviewer entdeckten Persönlichkeitscharakteristika: Frau D. zeigt keine Nervosität, ist selbstsicher und ruhig, nachgiebig und ungezwungen, emotional stabil; die Ver-

geschlossenheit ist im FPI deutlich.

Diese Entwicklung zu einer erweiterten Form von Lebensgemeinschaft ist von den nordischen Ländern bekannt (44, 89) und wird dort auch von staatlicher Seite aus gefördert: "In Schweden hat eine Frau, die ohnt mit dem Mann verheiratet gewesen zu sein, ständig mit ihm zusammengelebt hat und entweder von ihm ein Kind hatte oder früher mal mit ihm verheiratete war, einen Witwenrentenanspruch in der Volksversicherung." (44, S. 98)

Über die soziale Herkunft des Kindesvaters läßt sich nicht sehr viel sagen, denn die Unkenntnis hierüber war bei den Ledigen sehr groß oder die Mitteilungsbereitschaft klein. Nur 80 Frauen wußten das Nettoeinkommen des Partners und bei diesen Männern war die Anzahl der niedrigen Einkommen sehr hoch: 46,2 % verdienten weniger als DM 1000,-, nur 6 % der Ehemänner erhielten so wenig. Wie die Tab. 44 zeigt, sind die Schüler, Studenten, die Arbeitslosen und beachtenswerterweise die Selbständigen als Partner bei den Ledigen häufiger eine meines Erachtens nicht zu interpretierende Tatsache. In 89,5 % der Fälle ist vom Familienstand des Kindesvaters her noch eine Ehe möglich, denn nur 10,5 % der Väter sind verheiratet. Aus Tab. 41 ist ersichtlich daß zum Zeitpunkt der Entbindung nur 31,3 % der Mütter die rechtlich als "ledig" oder "geschieden" galten, tatsächlich alleinstehend waren, keinen Partner zur Seite hatten. Statistisch werden im Vergleich der Familiensituation der beiden Gruppen nur sehr geringe Unterschiede sichtbar (siehe S. 37). Die ledigen Frauen wuchsen etwas häufiger in unvollständigen Familien auf die Geschwisteranzahl war geringfügig größer, die eigene Mutter war öfter berufstätig als in den Familien der verheirateten Frauen. Die Beziehungen zu den eigenen Eltern, insbesondere die Bevorzugung der Mutter zeigten keine Unterschiede. Eine ausgesprochene Ablehnung oder Zuwendung zur eigenen Mutter wäre vom psychoanalytischen

Aspekt interessant gewesen, da eine Inkongruenz zwischen dem real erlebten Mutterbild und dem ideal vorgestellten Mutterbild zu starken Einflüssen auf den Kinderwunsch und der Verarbeitung der Mutterschaft werden können (26, S. 94ff, S. 109ff).

Bestimmte medizinische Daten, die oben genannt wurden, sind durch die schlechtere soziale Situation zu erklären. Daß die Schwangerenvorsorge nicht so oft besucht wurde, liegt sicher nicht nur an dem Wunsch nach Geheimhaltung. Die Frauen aus den niederen Schichten haben nicht die Einsicht in die Notwendigkeit, und sie können nicht die Zeit aufbringen. Diese Zeit fehlt ihnen einerseits durch die bis zum Schluß der Schwangerschaft ausgeübte Berufstätigkeit, andererseits durch hauswirtschaftliche Anforderungen, denn die ledigen Frauen leben öfter in größeren Familien. Der Geldmangel wurde des öfteren als Grund für unterlassene Empfängnisverhütung angegeben.

Um die in der Literatur angegebene höhere Frühgeburtsrate in den unteren Schichten zu überprüfen, wurde eine Kreuztabelle von der Schicht und dem Gewicht des Kindes aufgestellt (siehe Tab. 56, S. 46). Hier wird die These der Literatur tendenziell bestätigt, da in der oberen Unterschicht untergewichtige, mangelentwickelte und unreife Kinder öfter geboren werden. In der Kreuztabelle mit der Häufigkeit der operativen Geburtsbeendigung zeigt sich eine signifikant größere Kumulation in der oberen Mittelschicht und der Oberschicht. Hier kann nach der Geltung des Satzes gefragt werden: mit der steigenden Schicht nimmt die "Natürlichkeit der Geburt ab". Aber die operative Geburtsbeendigung findet auch in der unteren Unterschicht häufig statt, wodurch der oben zitierte Satz an Wahrheitsgehalt verliert und der Grund im Familienstand "ledig" gesucht werden kann. Auf Seite 47 wurde eine eventuelle introgene Beeinflussung dieser Tatsache dargestellt.

5. Zusammenfassung der Ergebnisse

1. Es wird bestätigt, daß unverheiratete Mütter mehr Frühgeburten und Geburtskomplikationen aufweisen als verheiratete. Sie besuchen weniger oft die Schwangerenfürsorgestelle (Tab. 6, S. 30. Tab. 7, S.31 . Tab. 17, S. 35).
2. Die subjektive psychische Situation zur und während der Schwangerschaft ist bei den Ledigen eindeutig schlechter (Tab. 21, S.37).
3. Die psychosozialen Umstände der ledigen Mutter sind sowohl bezüglich der Partnerbeziehung und der Familiensituation als auch bezüglich der eigenen Schul- und Berufsausbildung, des Einkommens und der Wohnsituation öfter ungünstig (Tab. 33, S. 42).
4. Im Freiburger Persönlichkeitsinventar zeigt sich bei den unverheirateten Frauen eine höhere Anzahl mit psychosomatischer Störbarkeit, mit emotionaler Unreife, mit Selbstunsicherheit und mit Verslossenheit. Eine Verslossenheit, die durch die soziale Diskriminierung zu begründen ist (Tab. 50, S. 52).
5. Die untere Unterschicht ist erwartungsgemäß in der klinischen Gruppe am stärksten vertreten. Überraschenderweise zeigt sich auch eine Kumulation in den oberen Schichten (Tab. 1c, S. 26). Aus dieser und einigen anderen Tatsachen (Schulbildung, Einkommen, Kinderwunsch und Selbstschilderung des Partnerverhältnisses) ergibt sich die These: Es entwickelt sich eine neue Gruppe "lediger" Mütter, die eine Lebensgemeinschaft mit Partner und Kindern ohne die standesamtlich vollzogene Ehe gründen.

6. Die Existenz einer Partnerbeziehung schützt die ledige Schwangere nur in sehr geringem Maße vor den Einflüssen des "Sozialstresses" (Tab. 51, S. 55).

Schlußbemerkung

1. Das Ziel der Untersuchung - Erreichtes und Nichterreichtes

Die statistische Schilderung der medizinischen, psychosozialen und sozialmedizinischen Situation der ledigen Mutter hat in der Gegenüberstellung zu den verheirateten Müttern Unterschiede aufgezeigt. Strukturen innerhalb der Ledigengruppe haben sie analysieren lassen, wenn auch nicht alle aufgestellten Hypothesen bestätigt werden konnten.

Die Vorstellung, durch die hier angewendete Untersuchungsmethode einen Weg zu finden, prospektiv medizinisch gefährdete Schwangere selektieren zu können, konnte nicht erfüllt werden: Es konnten keine direkten Beziehungen zwischen den medizinischen Komplikationen und dem subjektiven Befinden, der sozialen Schicht oder dem Persönlichkeitsinventar aufgedeckt werden.

Da diese Arbeit in ihrer interdisziplinären Struktur als pilot-study anzusehen ist, müssen weitere Forschungsarbeiten in dieser Richtung gefordert werden. Ein noch größeres Kollektiv an ledigen Schwangeren und Müttern müßte über einen längeren Zeitraum z.B. im 6. Monat der Schwangerschaft, nach der Entbindung und einen Monat postpartal, exploriert werden, um nicht nur retrospektiv, wie in dieser Arbeit, die emotionalen und psychischen Belastungen und Änderungen beurteilen zu können. Die psychosoziale und somatische Untersuchung müßte genauer aufeinander abgestimmt werden. Der Auswertung von Fallbeispielen in Einzelanalyse ist größte Bedeutung beizumessen, da das klinische und psychische Gesamtbild der Probanden durch die statistische Interpretation notwendigerweise vernachlässigt wird. Die Arbeit hat diesen Gesichtspunkt

schon berücksichtigt.

2. Vorstellungen über eine Verbesserung der Situation lediger Mütter

Die Diskussion dieses Themas zeigt schon den zweifachen Weg zu einer Veränderung der Situation auf. Durch vermehrte Öffentlichkeitsarbeit mit der Aufforderung zur Toleranz, durch rechtlich und soziale völlige Gleichstellung der ledigen Mütter und nicht-ehelichen Kinder kann die moralische und materielle Diskriminierung dieser Frauen verringert und schließlich ganz beseitigt werden. Andererseits muß der ledigen Schwangeren individuelle Unterstützung angeboten werden. Psychische Beratungsstellen und soziale Hilfen könnten durch besondere Beratungsstellen für die ledigen Schwangeren und Mütter gewährleistet werden. Andere Länder, wie z.B. Holland, Schweden und Dänemark, haben mit solchen Stellen gute Erfahrungen gemacht. Auch in der Schweiz sind schon 1954 "Mütterhilfestellen" eingerichtet worden, die werdende Mütter mit ungewollten Schwangerschaften bei allen Problemen der Mutterschaft medizinische, psychische und soziale und materielle Hilfe leisten können (46, S. 28). Die Betreuung in diesen Hilfestellen muß ihren Schwerpunkt in der psychischen Beratung sehen, da die Probleme, die in einer ungewollten Schwangerschaft auftreten, meistens psychologischer Art sind. H. Harmsen fordert ebenfalls neben dem Abbau des "gesellschaftlichen Tabus" die Einrichtung von "Kontaktstellen", die den ledigen Schwangeren und Müttern eine langzeitige und persönliche Kommunikation bieten können (6, S. 2264).

Führen diese beiden Wege zum Erfolg, so werden sich als Folgeerscheinung einige medizinische Probleme lösen. Da der moralische Druck und die damit zusammenhängenden Ängste, sowie die interindividuellen Konflikte gelindert sind, werden die Frauen öfter und

Überhaupt zur Schwangerenvorsorgeuntersuchung gehen, werden die Ursachen psychosomatischer Beschwerden wegfallen. Die alleinige Forderung nach intensiver medizinischer Betreuung der ledigen werdenden Mütter ist nur als ein Versuch der symptomatischen Behebung des Problems anzusehen, während die psychosozialen Hilfeleistungen an den Ursachen angreifen.

Literaturverzeichnis

- (1) "Meldungen über Todesursachen der Gestorbenen und erkennbare Fehlbildungen bei Geborenen". Schriftreihe des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit, Band 18, 1974.
- (2) "Perinatale Medizin". Band 5, 6. Deutscher Kongreß für perinatale Medizin 1973. J.W. Dudenhausen/E. Saling (Hrsg.), Thieme Verlag, Stuttgart 1974
- (3) Thalhammer, O.: "Ursächliche Faktoren der Frühgeburtlichkeit". In: "Perinatale Medizin", Band 4, Deutscher Kongreß für perinatal Medizin 1972, Thieme Verlag, Stuttgart 1973
- (4) Weidinger, H./Wiest, W.: "A comparative study of the epidemiological date of pregnancies with and without tendencies to premature delivery, Journal of Perinatal Medicine 2, 1974, S. 276-287
- (5) Bolte, A./Küpper, U.: "Die perinatale Mortalität", Archiv Gynäkologie, Band 213, S. 307-340
- (6) Franke, F./Harmsen, H.: "Die gesundheitliche Situation unehelicher Kinder". Münchner Medizinische Wochenschrift 43, 1967, S. 2258-2264
- (7) Marsch, J.: "Sozialmedizinische Aspekte der Schwangerschaft und perinatalen Periode". Dissertation, FU Berlin, 1975
- (8) Derron, M.: "Unterschiede in der Frühsterblichkeit zwischen ehelichen und außerehelichen Kindern". Sozial- und Präventivmedizin 19, S. 115-124, 1974
- (9) Czermak, H.: "Die Gesundheitsverhältnisse der Kinder in Österreich". Paracelsus-Beiheft, 1968
- (10) Martius, G.: "Lehrbuch der Geburtshilfe", Thieme Verlag, Stuttgart 1971
- (11) Coe, B./Blum, M.: "The out-of-wedlock Pregnancy". Obstet. and Gynec., S. 807-812, 1972
- (12) Kellmer/Pringle: "Born Illegitimate - Born at Risk". Journ. of Psychosomatic Research Vol. 18, S. 229ff, 1974
- (13) Jaeger, J./Valdenaire, K.: "Perinatale Mortalität bei ehelichen und unehelichen Kindern". Fortschritte der Medizin 88, S. 218-222, 1970
- (14) "Die Umwelt des Ungeborenen". In: Selektia Jg. 17, Heft 7, S. 588f, 1975

- (15) Tulzer, W./Wancura, I.: "Beeinflussung der Frühgeburtlichkeit durch soziale Faktoren", Archiv Kinderheilkunde 183, 1971, S. 338-347
- (16) Schär, M./Bickel, J.: "Die Sterblichkeit von Säuglingen lediger Mütter", Monatskurse für die ärztliche Fortbildung, Sonderdruck, 17. Jahrgang, Nr.
- (17) Schär, M./Mörgeli, S.: "Mögliche Ursachen der unterschiedlichen Sterblichkeit von Säuglingen lediger und verheirateter Mütter", Zeitschrift für Präventivmedizin 14, 1969, S. 79-82 und in: Forum medici Nr. 15, 1972, Zyma Nyon Switzerland
- (18) Spielmann, W. et al.: "Der Einfluß sozialer Faktoren auf die perinatale Mortalität", Wiener Klinische Wochenschrift 73, 1961, S. 364-368
- (19) Rosanelli, K.: "Die perinatalen Risikogeburten", Wiener med. Wochenschrift, Suppl. Nr. 24, 1975
- (20) Tücke, M. et al.: "Soziale Schicht und Gesundheitsverhalten während der Schwangerschaft", Münchner Med. Wochenschrift 117, 1975, H. 9, S. 341
- (21) "Alleinstehende Elternteile mit abhängigen Kindern Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit, September 1970
- (22) Döring, .: "Ursache und Vermeidung von Frühgeburten". In: Everbeck, .: "Die Übergangsstörungen...", Thieme Verlag, 1972
- (23) James, W.H.: "The effect of maternal psychological stress on the foetus", British Journal of Psychiatry 115, 1969, S. 811-825
- (24) McDonald, R.L.: "The Role of Emotional Factors in Obstetric Complications: A Review", Psychosomatische Medizin 30/1968, S. 222-237
- (25) Uddenberg, N.: "Nausea in Pregnancy: Psychological and psychosomatic Aspects", Journal of Psychosomatic Research 15/1971, S. 269-276
- (26) Breen, D.: "The Birth of a First Child", Tavistock, London 1975
- (27) Deutsch, H.: "Die Psychologie der Frau", Bd, II, Bern 1954
- (28) Hetzel, B.S. et al.: "A Survey of the Relation between certain common antenatal complications in primiparae and stressful life situations during pregnancy", Journal of Psychosomatic Research, Vol. 5, 1961, S. 175-182

Anhang

Medizinische Anamnese

Mutter

1. Zyklusanamnese

Menarche: J.Zyklus: Intervall:

Dauer: Stärke: schwach mittel stark

2. Frühere Erkrankungen

Nein:

Ja:

Organerkr.: Herz Lunge Niere Leber Blut

Infektionserkr.: TBC Geschlechtsk. Toxo.

Lister. sonstige

Stoffwechselerk.: Diabetes Rachitis

Operationen: Lapratomie, chirurg. gyn. sonstige

Nikotin: Zig./Tag Alkohol: nie manchmal oft

Regelm. Medikamente:

3. Frühere Schwangerschaften und Geburten

Schwangerschaften: Nein:

Ja: Anzahl:

Dauer der Schwangerschaft: bis 3 Mon.

bis 7 Mon.

bis Geburt

Beschwerden: Hochdruck(1) Erbrechen(2)

Krämpfe(3) Ausfluß(4)

Blutungen(5) Niere und Blase(6)

Darm(7) Ödeme(Gewichtszunahme)(8)

Bauchhöhlenschw.: Nein: Ja:

Fehlgeburten: Nein: Ja: artifitiell:

spontan Grund:

Geburten: Nein:

Ja: Anzahl:

1. Geburt: Dauer: 3-5 Std.

6-8 Std.

8-12 Std.

über 12 Std.

Lage: Kopflage: BEL:

Wehenunterstützung: Nein: Ja: Prim.

Sek.

Komplikation: Nein

Ja: Geburtsh. Op:

Episiotomie(1) Sectio(2)

Vakuumextraktion(3) Zangenextr.(4)

Sonstige:

Indikation zur Op:

mütterlicherseits:

Wehenschwäche (1)

Mißverhältnis Kopf/Becken(2)

Blutung (3)

Genitale Geschwulst(4)

sonstiges:(5)

kindlicherseits: (1) Herztonabfall:
(2) Vorliegen/vorfallkl. Teile:
(3) Lageanomalie:
(4) Übergröße des Kindes:
(5) BEL
(6) Querlage:

2. Geburt:...

1. Kind: Größe: bis 48 cm 48-54 cm über 54 cm
Gewicht: bis 1000 g 1000-1500 g
1500-2000g 2000-2500 g
2500-4500g über 4500 g
frühgeb. mangelgeb. ausgetragen übertragen

2. Kind: ...

4. Jetzige Schwangerschaft

Schwangerenvorsorge: Ja: wie oft:
Poliklinik: Praktiker:
Letzte Periode: errechneter Termin:
Erste Kindsbewegung: errechneter Termin:
Tatsächlicher Termin: Differenz:
Beschwerden während der Schwangerschaft: siehe unter 3.
Dauer: bis 28. Wo. p.m. (Fehlgeburt)
29.-38. Wo. p.m. (Frühgeburt)
39.-42. Wo. p.m. (ausgetragen)
über 42. Wo.p.m. (Spätgeburt)

5. Jetzige Geburt Einweisungsgrund:

Ipara: IPara: Mehrpara:
Dauer: 3-5 Std. 6-8 Std. 8-12 Std. über 12 Std.
Lage: Kopflage: BEL:
Wehenunterstützung: Nein; spontan
Ja, Geburtshilfliche Op: siehe 3.
Indikationen zur Op: siehe 3.

Medikamente unter der Geburt und danach:

Mittel: Menge: Indikation:

Komplikationen der Nachgeburtsperiode: Nein:

Ja, Weichteilverletzungen manuelle Plazentalösung
Nachuntersuchung Curettage
Sonstige

6. Wochenbettverlauf

Lochienfluß: normal putride Lochienstau
Stillfähigkeit: ohne Beschwerden
mit " kindlicherseits
mit " mütterlicherseits

Episi otomieheilung und andere Geburtswunden:

per primam

per sekundam

Komplikation: Nein:

Ja: Fieber: unter 38° über 38°

Blutungen:

Thrombose, lebitis, Embolie:

Erkr. der Harnorgane:

Sonstiges:

Kind

Geschlecht:

männl.

weibl.

anatomische Reifezeichen:

Gewicht: s.O.

Länge: s.O.

Kopfumfang:

bis 33cm 34-36 cm 37 cm

Vernix:

reichlich gering fehlt

Waschfrauenhände:

fehlen leicht stark

Fettpolster:

gut gering fehlen

Nägel:

überragen überragen nicht

Hoden:

deszendiert nicht deszendiert

Labien:

bedeckt nicht bedeckt

physiologische Reifezeichen:

(Apgar-Index)

nach 1 min.: 0-4

5-7

8-10

nach 5 min.: 0-4

5-7

8-10

frühgeb.

mangelgeb.

ausgetragen

übertragen

Mißbildungen: nein

ja: welche.....

Krankheiten: nein

ja:

Asphyxie

Atemnotssyndrom

Geburtshilfliche Verletzungen

Icterus neonatorum gravis

Sonstige:

Sozialpsychologischer Fragebogen

*CIV1

1fd. Nr.:

0

Grund der Überweisung: _____ A

Anamnesejahr: 19 _____ c

Zum 2. Termin nicht erschienen: ☐ B

Kostenträger: _____

1

Überwiesen durch:

Vorbehandlung:

- Poliklinik ☐ A
RO-Sprechst. ☐ B
Kontrazeption-Sprechst. ☐ C
Schwangerenberatung ☐ D
Kinderwunsch-Sprechst. ☐ E
Station ☐ F
außerklin. Arzt ☐ G
kommt von selbst ☐ H

- Hausarzt ☐ A
Facharzt ☐ B
Klinik ☐ C
Selbstbehandlung ☐ D

Seit wann in unserer Klinik in Behandlung _____ E

Anzahl der poliklinischen Besuche pro Jahr _____ F

Sozialdaten

2

Familienstand:

- ledig ☐ A
verlobt ☐ B
verheiratet ☐ C
verwitwet ☐ D
geschieden ☐ E
wiederverheiratet ☐ F
getrennt lebend ☐ G

seit wann? _____ H

3

Staatsangehörigkeit:

- deutsch ☐ A
türkisch ☐ B
jugoslawisch ☐ C
griechisch ☐ D

andere: _____ E

4

Alter: _____ A

Alter des Partners: _____ B

6

Anzahl der Kinder:

ehelich _____ A

unehelich _____ B

Kinder unter 18 Jahren:

ehelich _____ C

unehelich _____ D

Anzahl der im Haushalt lebenden

Kinder: _____ E

7

Haushaltsstruktur:

- allein lebend ☐ A
mit Freund ☐ B
mit Freundin ☐ C
mit eigener Familie (Mann u. Kinder) ☐ D
allein mit Kind ☐ E
mit Mann ☐ H
mit eigenen Eltern od. einem Elternteil ☐ F
mit den Eltern des Mannes ☐ G
oder einem Elternteil d. Mannes ☐ H
Wohngemeinschaft ☐ K

5

Religionsgemeinschaft:

- ohne ☐ K
evangelisch ☐ A
römisch-kathol. ☐ B

andere: _____ C

Religiöse Überzeugung:

- überzeugt ☐ D
unentschieden ☐ E
gleichgültig ☐ F
ablehnend ☐ G

8

Jetzige Wohnverhältnisse:

Miethöhe:

% des Einkommens

- bis zu 10% ☐ H
10 - 15% ☐ K
15 - 20% ☐ L
20 - 25% ☐ M
25 - 30% ☐ N
30 u. mehr % ☐ P

- eigenes Haus ☐ A
Eigentumswohnung ☐ B
Mietwohnung ☐ C
zur Untermiete ☐ D
Heim ☐ E
Lager ☐ F

Anzahl der Zimmer _____ G

Sozialpsychologischer Fragebogen

Blatt 2

9

Schulbildung:

- | | abgeschlossen | nicht abgeschl. |
|------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Sonderschule | ☐ A | ☐ F |
| Volksschule | ☐ B | ☐ G |
| Handelsschule | ☐ C | ☐ H |
| Berufsschule | ☐ D | ☐ K |
| Mittelschule (m.Reife) | ☐ E | ☐ L |
| Oberschule (Abitur) | ☐ F | ☐ M |

10

Berufsausbildung als:

- | | |
|----------------------|----------------------------|
| ungelernte Tätigkeit | ☐ A |
| angelernte Tätigkeit | ☐ B |
| Fachausbildung | ☐ C |
| Studium | ☐ D |

11

Berufliche Stellung:

- | | |
|--------------------------------------|--|
| Schüler(in) | ☐ A |
| Student(in) | ☐ B |
| Lehrling | ☐ S |
| Angestellte(r): | mittlere(r) ☐ C |
| | höhere(r) ☐ D |
| Beamtete(r): | mittlere(r) ☐ E |
| | höhere(r) ☐ F |
| Arbeiter(in) | ☐ G |
| Facharbeiter(in) | ☐ H |
| Selbstständige(r) | ☐ K |
| Rentner(in) | ☐ I |
| Arbeitslose(r) | ☐ M |
| Hausfrau | ☐ N |
| mithelfende(r) Familienangehörige(r) | ☐ P |

12

Nettoeinkommen: R
(monatlich)

Berufliche Stellung
des Vaters: S

Berufliche Stellung
der Mutter: T

13

Berufstätigkeit des Ehepartners:

Berufliche Stellung: X

Nettoeinkommen: Y
(monatlich)

* Bitte die entsprechenden Buchstaben aus Feld 11 einsetzen

14

Arbeits- und Wegezeit:

- | | |
|-----------------|----------------------------|
| 2-4 Stunden | ☐ A |
| 4-6 Stunden | ☐ B |
| 6-8 Stunden | ☐ C |
| 8 Std. und mehr | ☐ D |
| entfällt | ☐ E |

Regelmäßige Arbeitszeit:

- | | |
|-------------------------|----------------------------|
| ja | ☐ F |
| nein | ☐ G |
| Teilzeitarbeit | ☐ H |
| Bedarfsarbeit | ☐ K |
| Saisonarbeit | ☐ L |
| Nacht- u. Schichtarbeit | ☐ M |
| unregelmäßige Arbeit | ☐ N |

15

Zufriedenheit mit der jetzigen Berufstätigkeit:

- | | |
|------|----------------------------|
| ja | ☐ A |
| nein | ☐ B |

Falls Kritik am Beruf:

- | | |
|-----------------------|----------------------------|
| ungesicherte Stellung | ☐ C |
| schlechte Bezahlung | ☐ D |
| zu schwere Arbeit | ☐ E |

Schlechte Arbeitsbedingungen:

- | | |
|-------------------------------|----------------------------|
| Monotonie | ☐ F |
| zu hohes Arbeitstempo | ☐ G |
| fehlender Kontakt zu Kollegen | ☐ H |

16

Arbeitsplatzwechsel:

(in den letzten 3 Jahren)

- | | |
|-----------------------|----------------------------|
| kein Wechsel | ☐ A |
| ein Wechsel | ☐ B |
| zwei Wechsel | ☐ C |
| drei und mehr Wechsel | ☐ D |

Gründe:

- | | |
|-----------------------------|----------------------------|
| Familiäre Gründe | ☐ E |
| Arbeitsbedingungen | ☐ F |
| Verdienst | ☐ G |
| Weiterkommen | ☐ H |
| Äußere Umstände, z.B. Umzug | ☐ K |
| gesundheitliche Gründe | ☐ L |
| neurotische Ursachen | ☐ M |

Bemerkungen:

Sozialpsychologischer Fragebogen

Blatt 3

Sozialpsychologische Daten

17

Art des Zuhauses in der Kindheit:

- bei leiblichen Eltern ☐ A
 bei Vater oder Mutter ☐ B
 bei einem Eltern- u. einem Stiefelternteil ☐ C
 Pflegefamilie ☐ D
 Großeltern ☐ E
 Heim ☐ F

Geburt: ehelich ☐ G
 unehelich ☐ H
 vorehelich ☐ K

Alter der Eltern bei der Geburt:

Mutter: L

Vater: M

Stellung in der Geschwisterreihe:

- keine Geschwister: ☐ M
 erstgeboren: ☐ N
 zwischengeboren: ☐ P
 letztgeboren: ☐ Q

Anzahl der Brüder: R

Anzahl der Schwestern: S

Aufgewachsen in:

- einer Landgemeinde ☐ T
 Kleinstadt ☐ U
 Großstadt ☐ V

Gesundheitsverhalten

18

Medikamente:

- Antihypertonika ☐ A
 Tranquilizer ☐ B
 Antidepressiva ☐ C
 Neuroleptika ☐ D
 Stimulantien ☐ E
 Rauschmittel ☐ F
 Schlafmittel ☐ G
 Analgetika ☐ H
 Abführmittel ☐ K
 Antibiotika ☐ L
 Herz/Kreislaufmittel ☐ M
 gynäkologische Präparate ☐ N

Alkohol: nie ☐ P
 manchmal ☐ Q
 häufig ☐ R

Nikotin: bis zu 10 Zig./die ☐ S
 bis zu 20 Zig./die ☐ T
 darüber ☐ U

Kontrazeption

19

Ovulationshemmer ☐ A

keine ☐ B

Sterilisation ☐ C

Sonstige Kontrazeptiva:

☐ Z

Geburten

20

Anzahl

Aborte A

Interruptio B

Geburten C

Datum des letzten Abortes D

Datum der letzten Geburt E

Geburtskomplikationen ☐ F

Frauen- und Poliklinik Charitg.
der Freien Universität Berlin

Bemerkungen:

Der "subjektive" Fragebogen

1. Würden Sie Ihr Kind als Wunschkind bezeichnen?
2. Wie war Ihre Reaktion, als Sie erfuhren, daß Sie schwanger sind?
3. Wann und durch wen wurde die Schwangerschaft festgestellt?
4. Änderte sich Ihre Einstellung zur Schwangerschaft im Laufe der 9 Monate?
5. Wie haben Sie sich während der Schwangerschaft gefühlt? (Blutungen, Ödeme, Erbrechen)
6. Wie haben Sie die Entbindung erlebt?
schwer, normal, leicht
7. Wie sieht Ihre Zukunftsplanung aus? Berufstätigkeit, Unterbringung des Kindes
8. Werden Sie etwas zur Empfängnisverhütung tun?
Waren Sie vorher über diese Möglichkeiten informiert?
9. Wie stehen Sie zum Vater Ihres Kindes?
positiv - indifferent - negativ
10. Waren Sie mehr Vaters oder Mutters Kind?
11. Betreuung durch eine Institution
12. Allgemeiner Eindruck:
13. Einstellung zum Kind: ablehnend, normal, positiv
14. Psychische Verfassung:
15. Motive zur Adoption:
16. Stillverhalten:

Anleitung

Sie werden auf den folgenden Seiten eine Reihe von Aussagen über bestimmte Verhaltensweisen, Einstellungen und Interessen finden. Sie können jede entweder mit „stimmt“ oder mit „stimmt nicht“ beantworten. Setzen Sie bitte ein Kreuz (X) in den dafür vorgesehenen Kreis. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten, weil jeder Mensch das Recht zu eigenen Anschauungen hat. Antworten Sie bitte so, wie es für Sie zutrifft.

Beachten Sie bitte folgende Punkte:

- Überlegen Sie bitte nicht erst, welche Antwort vielleicht den „besten Eindruck“ machen könnte, sondern antworten Sie so, wie es für Sie persönlich gilt. Manche Fragen kommen Ihnen vielleicht sehr persönlich vor. Bedenken Sie aber, daß Ihre Antworten unbedingt vertraulich behandelt werden.
- Denken Sie nicht lange über einen Satz nach, sondern geben Sie die Antwort, die Ihnen unmittelbar in den Sinn kommt. Natürlich können mit diesen kurzen Fragen nicht alle Besonderheiten berücksichtigt werden. Vielleicht passen deshalb einige nicht gut auf Sie. Kreuzen Sie aber trotzdem immer eine Antwort an, und zwar die, welche noch am ehesten für Sie zutrifft.

Beantworten Sie bitte zuvor folgende Fragen, indem Sie das Zutreffende ankreuzen:

Geschlecht

männlich ☐
weiblich ☐

Schulabschluß

Volksschule ☐
Mittlere Reife ☐
Abitur ☐

Gegenwärtiger Beruf

Freier Beruf (Arzt, Anwalt usw.), Leiter von Unternehmen ☐
Höherer Beamter, Leitender Angestellter ☐
Beamter, Angestellter ☐
Selbständiger Gewerbetreibender, Landwirt ☐
Facharbeiter ☐
Arbeiter ☐
Hausfrau, mithelfende Familienangehörige ☐
Schüler, Lehrling, Student .. ☐
Rentner, Pensionär ☐
ohne Beruf ☐
keiner der genannten Berufe, sondern:
.....
.....

Alter in Jahren

15–20 ☐
21–30 ☐
31–40 ☐
41–50 ☐
51–60 ☐
61–70 ☐
71–80 ☐
80 u. darüber ☐

Einwohnerzahl der Wohn-gemeinde

weniger als 2000 ☐
weniger als 100 000 ☐
mehr als 100 000 ☐

- | | | |
|---|-----------------------|-----------------------|
| 1. Ich habe die Anleitung gelesen und bin bereit, jeden Satz offen zu beantworten | ☐ | ☐ |
| 2. Ich gehe abends gerne aus | ☐ | ☐ |
| 3. Ich schließe nur langsam Freundschaften | ☐ | ☐ |
| 4. Ich bin immer guter Laune | ☐ | ☐ |
| 5. Ich schlage selten zurück, wenn man mich schlägt | ☐ | ☐ |
| 6. Ich träume oft von Dingen, die man am besten für sich behält | ☐ | ☐ |
| 7. Mein Herz beginnt manchmal zu jagen oder zu stolpern und unregelmäßig zu schlagen | ☐ | ☐ |
| 8. Ab und zu lache ich über einen unanständigen Witz | ☐ | ☐ |
| 9. Auch wenn ich mit anderen Leuten zusammen bin, fühle ich mich oft einsam | ☐ | ☐ |
| 10. Ich habe manchmal Ohrensausen oder Augenflimmern | ☐ | ☐ |
| 11. Es macht mir, offen gestanden, manchmal Spaß, andere zu quälen | ☐ | ☐ |
| 12. Ich nehme nur ungern an einer großen Gesellschaft, an einem Ball oder an einer öffentlichen Veranstaltung teil | ☐ | ☐ |
| 13. Ich habe manchmal Stiche in der Brust | ☐ | ☐ |
| 14. Ich habe manchmal nur zum Spaß etwas Gefährliches getan | ☐ | ☐ |
| 15. Ich bin unternehmungslustiger als die meisten meiner Bekannten | ☐ | ☐ |
| 16. Wird einer aus meinem Freundeskreis angepöbelt, so besorgen wir gemeinsam die Strafe | ☐ | ☐ |
| 17. Ein Hund, der nicht gehorcht, verdient Schläge | ☐ | ☐ |
| 18. Ich habe manchmal Hitzewallungen und Blutandrang zum Kopf | ☐ | ☐ |
| 19. Ich habe selbst bei warmer Witterung häufiger kalte Hände und Füße | ☐ | ☐ |
| 20. Zwischen anderen und mir gibt es oft Meinungsverschiedenheiten | ☐ | ☐ |
| 21. Mir bleibt in aufregenden Situationen leicht die Luft weg, so daß ich erst wieder ganz tief Atem holen muß | ☐ | ☐ |
| 22. Ich habe manchmal das Gefühl, einen Kloß im Halse zu haben | ☐ | ☐ |
| 23. Wenn ich in Zorn gerate, reagiere ich mich gern in körperlicher Betätigung – wie Holzhacken – ab | ☐ | ☐ |
| 24. Als Kind habe ich manchmal ganz gerne andere gequält, z. B. Arme umgedreht, an Haaren gezogen usw. | ☐ | ☐ |
| 25. Ab und zu verliere ich die Geduld und werde wütend | ☐ | ☐ |
| 26. Manchmal stecke ich voller Tatendrang, und ein anderes Mal kann ich mich zu keiner richtigen Arbeit aufraffen | ☐ | ☐ |
| 27. Ich habe manchmal das Gefühl, nicht genügend Luft zu bekommen, ein Gefühl erstickender Enge in der Brust | ☐ | ☐ |
| 28. Ich male mir manchmal aus, wie übel es denen eigentlich ergehen müßte, die mir Unrecht tun | ☐ | ☐ |
| 29. Wenn mich eine Fliege ärgert, bin ich erst zufrieden, wenn ich sie gefangen habe | ☐ | ☐ |
| 30. Ich habe manchmal ein Gefühl der Teilnahmslosigkeit und inneren Leere | ☐ | ☐ |
| 31. Ich scheue mich, allein in einen Raum zu gehen, in dem andere Leute bereits zusammensitzen und sich unterhalten | ☐ | ☐ |
| 32. Ich habe häufiger einen trockenen Mund | ☐ | ☐ |
| 33. Ich fühle mich fast ständig hungrig | ☐ | ☐ |
| 34. Es gab Leute, die mich so ärgerten, daß es zu einer Schlägerei kam | ☐ | ☐ |
| 35. Im allgemeinen bin ich ruhig und nicht leicht aufzuregen | ☐ | ☐ |
| 36. In einer vergnügten Gesellschaft kann ich mich meistens ungezwungen und unbeschwert auslassen | ☐ | ☐ |
| 37. Ich sage nicht immer die Wahrheit | ☐ | ☐ |

38. Ich habe einen empfindlichen Magen (Magendrücken, Völlegefühl, Magenschmerzen) ☐ ☐
39. Mein Motto ist: **Vertraue Fremden nie!** ☐ ☐
40. Ich bin im Grunde eher ein **ängstlicher Mensch** ☐ ☐
41. Beim Reisen schaue ich lieber auf die Landschaft, als mich mit den Mitreisenden zu unterhalten ☐ ☐
42. Wenn mir einmal etwas **schiefliegt**, regt mich das **nicht weiter** auf ☐ ☐
43. Einem Menschen, der mich **bösartig** verlassen hat, wünsche ich eine **gesalzene Strafe** ☐ ☐
44. Ich habe **häufiger Blähungen** ☐ ☐
45. Manchmal bin ich zu spät zu einer **Verabredung** oder zur **Schule** gekommen ☐ ☐
46. Ich würde mich beim **Kellner** oder **Geschäftsführer** eines Restaurants beschweren, wenn ein **schlechtes Essen** serviert wird ☐ ☐
47. Oft habe ich **alles gründlich satt** ☐ ☐
48. Ich **pflege schnell und sicher** zu handeln ☐ ☐
49. Wenn mich jemand **anschreit**, **schreie ich zurück** ☐ ☐
50. Gelegentlich kann ich einen **Drang**, anderen **wehe zu tun**, nicht **beherrschen** ☐ ☐
51. Ich **stelle mir manchmal vor**, daß **meinen Widersachern** etwas **zustößt** ☐ ☐
52. Sind wir zu mehreren, so **überkommt mich oft** eine **unwiderstehliche Lust** zu groben **Streichen** ☐ ☐
53. **Ab und zu erzähle ich auch mal eine Lüge** ☐ ☐
54. Es gibt nur **wenige Dinge**, die mich **leicht erregen** oder **ärgern** ☐ ☐
55. **Hin und wieder gebe ich ein bißchen an** ☐ ☐
56. Ich kann nicht jeden **leiden**, den ich **kenne** ☐ ☐
57. Mein **Körper** kann sich nur **selten ganz entspannen** ☐ ☐
58. Es kommt vor, daß ich in bestimmten Situationen etwas zu **stottern** **beginne** ☐ ☐
59. Meine **Hände** sind **häufiger zittrig** (z. B. beim **Anzünden einer Zigarette** oder **Halten einer Tasse**) ☐ ☐
60. Manchmal habe ich **Gedanken**, derer ich mich **schämen muß** ☐ ☐
61. Ich **gehöre zu den Menschen**, die die **Dinge im allgemeinen leicht nehmen** ☐ ☐
62. Es fällt mir **meist leicht**, mich auf meine **Arbeit zu konzentrieren** ☐ ☐
63. Es würde mir **nichts ausmachen**, für einen **guten Zweck** **Leute um Spenden zu bitten** ☐ ☐
64. In **Gesellschaft** ist mein **Benehmen meistens besser** als zu **Hause** ☐ ☐
65. Ich hätte **gerne einen Beruf**, der viel **Abwechslung** und **Reisen** mit sich bringt, auch wenn eine **größere Unsicherheit** damit verbunden ist ☐ ☐
66. Ich **bemerke häufiger ein unwillkürliches Zucken** um meine **Augen**, ein **Zucken des Gesichts**, des **Kopfes** oder der **Schultern** ☐ ☐
67. Ich **glaube**, ich **könnte ein leidenschaftlicher Jäger** sein ☐ ☐
68. Ich **lasse mich durch eine Vielzahl von kleinen Störungen** nicht aus der **Ruhe bringen** ☐ ☐
69. Bei **Geselligkeiten** und **öffentlichen Veranstaltungen** bleibe ich lieber im **Hintergrund** ☐ ☐
70. In **Gegenwart von bedeutenden Menschen** oder **Vorgesetzten** werde ich **leicht verlegen** ☐ ☐
71. Ich kann oft meinen **Ärger** und meine **Wut** nicht **beherrschen** ☐ ☐
72. Es ist mir **unangenehm**, wenn mir **Leute bei der Arbeit zusehen** ☐ ☐
73. Ich **träume tagsüber oft von Dingen**, die doch nicht **verwirklicht werden können** .. ☐ ☐

- | | | |
|---|-----------------------|-----------------------|
| 74. Manchmal habe ich mir schrecklich viel Sorgen über etwas gemacht, was wirklich nicht wichtig war | ☐ | ☐ |
| 75. Manchmal schiebe ich etwas auf, was ich sofort tun sollte | ☐ | ☐ |
| 76. Ich zucke leicht zusammen, wenn sich etwas schnell bewegt oder wenn ich ganz unvermutet von jemandem angesprochen werde | ☐ | ☐ |
| 77. Ich beginne bei Schreck oder Aufregung zu zittern oder bekomme leicht „weiche Knie“ | ☐ | ☐ |
| 78. Es macht mir Spaß, mit einem Stock Blumen zu köpfen | ☐ | ☐ |
| 79. Es gibt Zeiten, in denen ich ganz traurig und niedergedrückt bin | ☐ | ☐ |
| 80. Ich gehörte früher zu einer Bande, die durch dick und dünn zusammenhielt | ☐ | ☐ |
| 81. Ich bin leicht aus der Ruhe gebracht, wenn ich angegriffen werde | ☐ | ☐ |
| 82. Ich ziehe das Handeln dem Planeschmieden vor | ☐ | ☐ |
| 83. Ich habe Schwierigkeiten einzuschlafen oder durchzuschlafen | ☐ | ☐ |
| 84. Ich spreche oft Drohungen aus, die ich gar nicht ernst meine | ☐ | ☐ |
| 85. Häufig sage ich ohne zu überlegen etwas, was ich später bereue | ☐ | ☐ |
| 86. Ich grüble viel über mein bisheriges Leben nach | ☐ | ☐ |
| 87. Ich spiele anderen Leuten gern einen harmlosen Streich | ☐ | ☐ |
| 88. Selbst wenn sich alles gegen mich verschworen hat, lasse ich den Mut nicht sinken | ☐ | ☐ |
| 89. Ich bin manchmal mürrisch und schlecht aufgelegt | ☐ | ☐ |
| 90. Ich träume ziemlich oft | ☐ | ☐ |
| 91. Ich bin morgens nach dem Aufwachen meist noch eine ganze Weile müde und „zerschlagen“ | ☐ | ☐ |
| 92. Ich übernehme bei gemeinsamen Unternehmungen gerne die Führung | ☐ | ☐ |
| 93. Oft rege ich mich zu rasch über jemanden auf | ☐ | ☐ |
| 94. Ich treffe nicht gern mit Leuten zusammen, die ich noch nicht kenne | ☐ | ☐ |
| 95. Oft bin ich so schlecht aufgelegt, daß ich von niemandem etwas wissen will | ☐ | ☐ |
| 96. Ich fühle mich dem Leben und seinen Schwierigkeiten eigentlich gut gewachsen | ☐ | ☐ |
| 97. Als Kind habe ich ab und zu mal genascht | ☐ | ☐ |
| 98. Es fällt mir schwer, andere Leute für mich zu gewinnen | ☐ | ☐ |
| 99. Ich würde mich selbst als eher gesprächig bezeichnen | ☐ | ☐ |
| 100. Lieber jemandem die Nase einschlagen als feige sein | ☐ | ☐ |
| 101. Ich lasse andere Menschen gern meine Meinung wissen | ☐ | ☐ |
| 102. Manchmal habe ich ohne eigentlichen Grund ein Gefühl unbestimmter Gefahr oder Angst | ☐ | ☐ |
| 103. Ich neige dazu, nicht mit Leuten zu sprechen, bis diese mich ansprechen | ☐ | ☐ |
| 104. Ich bin hin und wieder ein wenig schadenfroh | ☐ | ☐ |
| 105. Ich fühle oft, daß ich nicht den richtigen Lebenswandel führe | ☐ | ☐ |
| 106. Ich fühle mich oft wie ein Pulverfaß kurz vor der Explosion | ☐ | ☐ |
| 107. Meine Tischmanieren sind zu Hause weniger gepflegt als in Gesellschaft | ☐ | ☐ |
| 108. Mein Körper reagiert deutlich auf Witterungsumschwung oder auf Klimawechsel | ☐ | ☐ |
| 109. Ich bin selten in bedrückter, unglücklicher Stimmung | ☐ | ☐ |
| 110. Es macht mir nichts aus, wenn man sich über mich lustig macht | ☐ | ☐ |
| 111. Manchmal denke ich, daß ich überhaupt zu nichts tauge | ☐ | ☐ |
| 112. Es beunruhigt mich, was andere Leute über mich denken könnten | ☐ | ☐ |
| 113. Lieber gebe ich mal in einem Punkt nach, als daß ich mich darüber streite | ☐ | ☐ |
| 114. Ich kann mich erinnern, mal so zornig gewesen zu sein, daß ich das nächstebeste Ding nahm und es zerriß oder zerschlug | ☐ | ☐ |

Bitte überprüfen Sie noch einmal, ob Sie wirklich alle Sätze beantwortet haben!

		Prozent	4	7	12	17	20	17	12	7	4	
Skala	Rohwert	Standardwert	9	8	7	6	5	4	3	2	1	Stanine
FPI 1		Nervosität psychosomatisch gestört	•	•	•	•	54 %	•	•	•	•	psychosomat. nicht gestört
FPI 2		Aggressivität spontan aggressiv, emotional unreif	•	•	•	•	•	•	•	•	•	nicht aggressiv, beherrscht
FPI 3		Depressivität mißgestimmt, selbstunsicher	•	•	•	•	•	•	•	•	•	zufrieden, selbstsicher
FPI 4		Erregbarkeit reizbar, leicht frustriert	•	•	•	•	•	•	•	•	•	ruhig, stumpf
FPI 5		Geselligkeit gesellig, lebhaft	•	•	•	•	•	•	•	•	•	ungesellig, zurückhaltend
FPI 6		Gelassenheit selbstvertrauend, gutgelaunt	•	•	•	•	•	•	•	•	•	irritierbar, zögernd
FPI 7		Dominanzstreben reaktiv aggressiv, sich durchsetzend	•	•	•	•	•	•	•	•	•	nachgiebig, gemäßigt
FPI 8		Gehemmtheit gehemmt, gespannt	•	•	•	•	•	•	•	•	•	ungezwungen, kontaktfähig
FPI 9		Offenheit offen, selbstkritisch	•	•	•	•	•	•	•	•	•	verschlossen, unkritisch
FPI E		Extraversion extravertiert	•	•	•	•	•	•	•	•	•	introvertiert
FPI N		Emot. Labilität emotional labil	•	•	•	•	•	•	•	•	•	emotional stabil
FPI M		Maskulinität typisch männliche Selbstschilderung	•	•	•	•	54 %	•	•	•	•	typisch weibl. Selbtschildg.

Proband

Geschlecht

Alter

Testleiter / Auswerter

Name / Kenn-Nr. _____

Indices zur Messung der sozialen Schicht nach

E. Scheuch. Aus: Hager et al. 1972:

1. Beruf der Frau

Arbeiterinnen:	ungelernte	=	1 Punkt
	angelernte	=	4 Punkte
	gewöhnliche Facharb.	=	9 "
	qualifizierte "	=	13 "
Angestellte:	ausführende	=	10 "
	qualifizierte	=	16 "
	leitende	=	27 "
Beamtinnen:	untere	=	10 "
	mittlere	=	16 "
	leitende	=	23 "
Selbständige:	kleine	=	15 "
	mittlere	=	20 "
	führende	=	30 "
Freie Berufe, intellektuelle Berufe		=	25 "

2. Einkommen des Haupternährers

Wie im Text erwähnt, wurde eine Zuwachsrate von 70 % für 14 Jahre hinzugerechnet, so daß die Angaben von Scheuch folgendermaßen verändert wurden:

unter	DM 255,--	=	1 Punkt
"	255,-- - 510,--	=	3 Punkte
"	511,-- - 680,--	=	5 "
"	681,-- - 850,--	=	6 "
"	851,-- - 1020,--	=	8 "
"	1021,-- - 1190,--	=	9 "
"	1191,-- - 1360,--	=	10 "
"	1361,-- - 1530,--	=	13 "
"	1531,-- - 1700,--	=	14 "
"	1701,-- - 2550,--	=	16 "
"	2551,-- - 3400,--	=	19 "
über	" 3400,--	=	20 "

3. Schulbildung der Frau

Sonderschule und Hauptschule unvollst.	=	0 Punkte
Hauptschule - ohne Lehre	=	2 "
Hauptschule - mit Lehre	=	4 "
Handelsschule o. Mittelschule		
ohne Abschluß	=	5 "
Mittlere Reife	=	9 "
Höhere Schule - länger als 10. Klasse	=	11 "
Höhere Fachschule mit Abschluß	=	12 "
Abitur	=	14 "
Hochschule - ohne Abschluß	=	18 "
Hochschule - mit Abschluß	=	20 "

Gesamtindex

untere Unterschicht (uU)	=	0-14 Punkte
obere Unterschicht (oU)	=	15-22 Punkte
untere Mittelschicht (uM)	=	23-29 Punkte
mittlere Mittelschicht (mM)	=	30-39 Punkte
obere Mittelschicht (oM)	=	40-49 Punkte
Oberschicht (O)	=	50 Punkte und mehr

Lebenslauf:

- 4.10.1950 in Köln als viertes Kind des Professors Dr. H. M. Heinrichs und seiner Frau Dr. A. Heinrichs, geb. Harder, geboren,
- 1.4.1956 Einschulung in die evangelische Lohnerschule in Köln,
- 1.4.1961 Umschulung auf die Kaiserin Augusta Schule (Gymnasium für Mädchen) in Köln,
- 1.3.1962 Umzug nach Giessen mit der Familie und Umschulung auf die Justus-Liebig-Schule,
- 17.7.1969 Abitur an der Justus-Liebig-Schule,
- 1.10.1969 Umzug nach Berlin mit der Familie und Beginn des Studiums der Humanmedizin,
- 14.8.1975 vollständige Absolvierung des medizinischen Staatsexamens,
- 1.10.1975 -
31.12.1975 tätig als Medizinalassistentin in der Frauenklinik des Klinikums Charlottenburg, zur gleichen Zeit Annahme der Promotionsarbeit bei Prof. Dr. H. Hoffbauer,
- 1.1.1976 -
31.5.1976 Herstellung des ersten Teils der Dissertationsarbeit,
- 1.6.1976 -
30.9.1976 tätig als Medizinalassistentin in der chirurgischen Abteilung des Krankenhauses Am Urban,
- seit dem
1.11.1976 tätig als Medizinalassistentin in der medizinischen Abteilung des Klinikums Charlottenburg.

Zwischendurch Beendigung der Dissertationsarbeit und Einreichung derselben im Februar 1977.

